
O papel dos médicos nos diferentes níveis de gestão hospitalar

Carolina Paula Tavares Guedes

Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde
Dissertação

Orientado por
Professor Doutor Carlos Cabral Cardoso

2024

Agradecimentos

A conclusão desta dissertação só foi possível graças ao apoio de muitas pessoas que, de uma maneira direta ou indireta, contribuíram para a realização deste trabalho.

Primeiramente, agradeço à minha melhor amiga, **Ana Paula Almeida**, pela inestimável ajuda e constante apoio durante todo o processo. A sua presença foi fundamental.

Um agradecimento especial à minha irmã, **Silvia Pires**, pela sua dedicação e colaboração ao longo desta jornada.

Às minhas filhas, **Lígia, Ana Pedro e Elisabete**, que são os grandes amores da minha vida e a minha fonte de inspiração, devo-lhes um eterno obrigada, pois motivaram-me a continuar sempre em frente.

Sou imensamente grata aos meus pais e a toda a minha família, que me apoiaram incondicionalmente durante todo o percurso.

Gostaria de expressar minha profunda gratidão aos meus professores, cujos ensinamentos, orientações e apoio constante foram fundamentais para o meu desenvolvimento académico e pessoal.

Aos meus colegas do Mestrado, o meu muito obrigada pelo companheirismo e troca de experiências.

Por fim, expresso meu sincero e profundo agradecimento ao meu orientador, **Carlos Cabral Cardoso**, pela sua orientação, paciência e sabedoria. O seu apoio foi imprescindível para a realização deste trabalho.

A todos, o meu mais sincero obrigada!

Resumo

A gestão hospitalar está cada vez mais empenhada em aprimorar o desempenho e a produção das atividades clínicas. Neste contexto, observa-se uma reação por parte dos profissionais médicos em relação aos resultados hospitalares, medidos em termos de acessibilidade, eficiência e qualidade. O foco desta dissertação reside na análise da contribuição dos médicos para a gestão hospitalar em Portugal, seja ao nível da gestão de topo, seja ao nível das lideranças intermédias das instituições hospitalares. Para conduzir esta pesquisa, foi utilizada uma abordagem metodológica qualitativa baseada em entrevistas semiestruturadas, direcionadas a médicos gestores (médicos híbridos). Este estudo tem por objetivo compreender a importância da gestão na área da saúde e a sua influência no currículo e na prática médica. Os resultados revelaram que os médicos estão cada vez mais ativos na administração hospitalar, desempenhando um papel crucial na gestão de unidades clínicas e nas decisões dos conselhos de administração.

Palavras-chave: Administração Hospitalar; Médico gestor; Hibridização médica; Eficiência.

Abstract

Hospital management is increasingly committed to improving the performance and production of clinical activities. In this context, there is an occurrence on the part of medical professionals in relation to hospital results, measured in terms of accessibility, efficiency and quality. The focus of this dissertation lies in the analysis of the contribution of doctors to hospital management in Portugal, whether at the level of senior management or at the level of intermediate leadership of hospital institutions. To conduct this research, a qualitative methodological approach was used based on semi-structured interviews, aimed at medical managers (hybrid doctors). This research aims to understand the importance of management in the health sector and its influence on the curriculum and medical practice. The results revealed that doctors are increasingly active in hospital administration, playing a crucial role in the management of clinical units and in the decisions of management boards.

Keywords: Hospital Administration; Managing doctor; Medical hybridization; Efficiency.

Índice Geral

Agradecimentos	ii
Resumo	iii
Abstract.....	iii
Índice Geral.....	iv
Índice de Quadros.....	vii
Índice de Tabelas	viii
Símbolos, Acrónimos, Siglas e Abreviaturas	ix
1. Introdução	1
1.1. Importância e Justificação do tema.....	1
1.2. Objetivos da Investigação	2
2. Revisão da Literatura.....	3
2.1. Gestão Hospitalar.....	3
2.1.1. Gestão da Qualidade das Organizações de Saúde: O Ciclo do Valor e Desafios para a Gestão em Saúde	4
2.1.2. Modelos de Gestão Hospitalar - Os recursos humanos	5
2.1.3. Governação dos Hospitais: Modelo de dupla autoridade.....	6
2.1.4. Reforma da Gestão hospitalar em Portugal.....	8
2.1.5. A Participação Médica nos Objetivos de Gestão Integrados na Reforma Hospitalar.....	9
2.1.6. Síntese.....	11
2.2. Hibridização dos Médicos.....	12
2.2.1. O impacto da gestão no profissionalismo médico	12
➤ Hegemonia gerencial.....	12
➤ Cooptação da cultura de gestão	12
➤ Negociação: identidades híbridas e regulação adaptativa	13
➤ Adaptação estratégica: gerencialização reversa	13

➤	Oposição profissional: resistência à gestão.....	14
2.2.2.	Médico e gestor: um duplo papel numa lógica profissional	15
2.2.3.	Gestores híbridos em saúde: a dualidade de identidades	17
2.2.4.	Lógicas na Saúde e seus efeitos na identidade.....	18
2.2.5.	Síntese.....	20
3.	Metodologia	21
3.1.	Problemática da investigação e objetivos do estudo	21
3.2.	Opção metodológica	21
3.3.	Recolha de dados	22
3.4.	Caraterização dos participantes no estudo.....	23
4.	Análise e discussão dos dados.....	24
4.1.	Percurso profissional.....	24
4.1.1.	Praticar Medicina	24
4.1.2.	Médico Híbrido.....	25
4.1.3.	Competências médicas importantes para dirigir um serviço	26
4.1.4.	As maiores dificuldades sentidas como Médico híbrido.....	26
➤	Conciliar as Responsabilidades Médicas e Administrativas	27
➤	Lidar com as Complexidades da Gestão.....	27
➤	Manter o Equilíbrio entre Qualidade e Rentabilidade	28
4.2.	Implicações da NGP no exercício da profissão médica no hospital.....	29
4.3.	A dualidade médico/gestor	31
4.3.1.	A tensão entre o juramento de Hipócrates e os números: Desafios éticos e a Nova Gestão Pública.....	32
4.3.2.	Implicações da Nova Gestão Pública no ethos da profissão médica.....	32
4.4.	Autonomia	35
5.	Conclusões, Limitações do estudo e Sugestões para futuras investigações.....	37
6.	Apêndice.....	39

6.1.	Apêndice I - Guião de Entrevista	39
7.	Referências.....	43

Índice de Quadros

<i>Quadro 1 – Lógicas institucionais atuantes na saúde e suas principais características.....</i>	<i>19</i>
---	-----------

Índice de Tabelas

<i>Tabela 1 - Perfil dos médicos com funções de gestão.....</i>	<i>23</i>
---	-----------

Símbolos, Acrónimos, Siglas e Abreviaturas

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

CA - Conselho de Administração

CRI - Centros de Responsabilidade Integrada

GRH - Gestão de Recursos Humanos

LBS - Lei de Bases da Saúde

NGP - Nova Gestão Pública

NHS - National Health Service

OECD - Organization for Economic Cooperation and Development

SNS - Serviço Nacional de Saúde

1. Introdução

1.1. Importância e Justificação do tema

O financiamento do sistema de saúde em Portugal tem sido predominantemente suportado pelos fundos públicos, desde 1979, quando foi estabelecido o direito à proteção da saúde através de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) abrangente, universal e tendencialmente gratuito (LBS, 2019).

A partir do final dos anos 90 e no início dos anos 2000, ocorreram reformas sistemáticas, impulsionadas pela crescente preocupação com a gestão da qualidade dos serviços de saúde e a transparência nas tomadas de decisões relacionadas com políticas públicas (Araújo, 2005). Essas reformas visavam conceder maior autonomia às funções de gestão, descentralizando o papel do Estado e reduzindo a sua influência nas instituições. Esta abordagem é frequentemente denominada Nova Gestão Pública (NGP) (Flynn, 1997) e envolve a aplicação de práticas de mercado e de gestão privada. Alguns dos elementos-chave dessa abordagem incluem a promoção da competição interna no sistema de saúde, a adoção de mecanismos de mercado para escolhas sociais e uma maior orientação para o consumidor, com vista a melhorar a eficiência, eficácia e qualidade dos cuidados de saúde oferecidos.

Estas reformas impulsionaram, tanto a nível nacional como internacional, a hibridização – o desempenho de um duplo papel profissional: de médico e de gestor. No que diz respeito à fusão da ideologia profissional dos médicos, é importante salientar que a convergência de valores e formas de pensamento entre as áreas da medicina e da gestão ainda é um tema pouco consensual (Correia, 2017; Correia & Denis, 2016; Shortell et al., 2021). A hibridização concedeu maior autonomia às equipas de gestão na contratação de recursos humanos e na aquisição de bens e serviços. Este modelo implica uma gestão descentralizada.

À medida que se procura a melhoria da eficiência e a qualidade dos serviços, surgem conflitos e desafios internos nas estruturas hospitalares, frequentemente relacionados com a dualidade de autoridade (Nunes, 2016). Por um lado, os gestores não clínicos demonstram preocupações centradas em indicadores económicos, como custos, investimentos e resultados financeiros. Por outro, os profissionais de saúde e as lideranças intermédias estão focados na prestação de cuidados, na atualização de equipamentos e em questões éticas e deontológicas. Estes profissionais de saúde expressam a necessidade de proporcionar uma resposta eficaz e de qualidade aos pacientes, visando obter o devido reconhecimento na área profissional e elevar o prestígio do hospital perante a sociedade, utilizando avançadas capacidades tecnológicas, excelência profissional e bons resultados. Além disso, os médicos

também reivindicam a necessidade de formação contínua, o que contribui significativamente para a atualização dos conhecimentos e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos pacientes (Nunes & Matos, 2019). Ambas as preocupações dos gestores e dos profissionais de saúde são legítimas, compreensíveis e fundamentais para uma governação eficaz. Portanto, é essencial encontrar um consenso que concilie a contenção de despesas com as necessidades de investimento e a melhoria da prestação de serviços.

1.2. Objetivos da Investigação

No contexto acima descrito, é essencial articular a gestão das unidades de saúde com o conhecimento e necessidades médicas, estabelecendo escolhas equilibradas que satisfaçam as necessidades e beneficiem os pacientes e que, em simultâneo, não ponham em causa a sustentabilidade financeira. Destes aspetos decorre a pertinência da temática abordada nesta dissertação: o papel que os médicos desempenham na gestão hospitalar

Este é um tema considerado de elevada relevância na literatura (Boquinhas, 2012), dado que são inerentes à organização da gestão dos hospitais as funções de diretor de serviço e de diretor clínico.

O objetivo desta investigação é perceber quais as características de um médico híbrido de uma unidade de saúde hospitalar, pretendendo-se:

- i) Explorar o perfil (áreas e níveis de formação), percursos profissionais e motivos que levaram os médicos a assumir um papel híbrido, ocupando posições de gestão em unidades de saúde hospitalar;
- ii) Analisar o envolvimento dos médicos na gestão hospitalar e explorar as suas perceções sobre o contributo que esse envolvimento pode ter para os resultados a alcançar (áreas e níveis de formação), percursos profissionais e motivos que levaram os médicos a assumir um papel híbrido, ocupando posições de gestão em unidades de saúde hospitalar

2. Revisão da Literatura

2.1. Gestão Hospitalar

A procura por serviços de saúde está em crescimento constante, o que evidencia a necessidade de uma gestão hospitalar voltada para o desenvolvimento de processos eficazes e eficientes. Este aumento na procura deve-se ao envelhecimento da população, ao aumento de pacientes com doenças crônicas, ao crescimento populacional e ao aumento da esperança de vida (Mandai et al., 2018). O resultado, tanto em instituições de saúde públicas como privadas, é uma maior escassez de recursos médicos e o acréscimo das filas de espera para atendimento (Schneider, 2014).

Como afirmam Huerta & Lira (2018), pode-se dizer que a gestão hospitalar é complexa e, como tal, todos os envolvidos devem assumir a responsabilidade de controlo, monitorização e melhoria para minimizar os riscos e garantir a qualidade e segurança na prestação de serviços aos pacientes. Para isso, é necessário intensificar as estratégias de gestão hospitalar de forma que a equipa de saúde esteja integrada, estruturada e instruída.

A criação e desenvolvimento de novos modelos de gestão deve centrar-se no utente, nas suas expectativas quanto à sua doença e tratamento, nas suas necessidades e nos seus interesses (Bernardino, 2017).

Khan (2013) refere que a função mais importante da gestão hospitalar é coordenar os recursos com o objetivo de prestar cuidados médicos de uma forma mais eficiente e eficaz. Assim, o mesmo autor especifica que a gestão hospitalar deve incluir: diagnóstico e prevenção, tratamento, cuidados pós-alta e reabilitação, entre outros.

Na visão de Al-Mailam (2005), a gestão hospitalar tem como principal objetivo contribuir para a satisfação do paciente. Contudo, para se atingir esse objetivo, é necessário que a gestão hospitalar seja proativa na melhoria do cuidado centrado no paciente, com o envolvimento dos médicos neste processo (Rozenblum et al., 2013). Para tal, é necessário que os profissionais de saúde, como os médicos, participem na equipa de gestão hospitalar, sendo essa participação vista como positiva para a melhoria da qualidade e a tomada de decisões estratégicas (Harlez & Malagueno, 2016).

Como refere Malhotra (2009), a gestão hospitalar tem evoluído e os profissionais necessitam de qualificação e habilitações especiais para gestão. Observa-se um paradoxo entre gestores clínicos e gestores administrativos na gestão hospitalar, mas o ideal para uma gestão eficaz e eficiente é a integração de ambos. Alexander et al. (2007) salientam a importância da valorização e expressam preferência por líderes qualificados para a gestão do

setor da saúde, sem os quais as organizações se tornam vulneráveis e limitadas na sua capacidade de melhoria da qualidade e redução dos custos.

As inovações tecnológicas têm conseguido melhorar os resultados na satisfação dos consumidores dos serviços de saúde. Na visão de Jean-Louis & Creteur (2017), não se pode ignorar o impacto que as novas tecnologias possuem na prática da medicina. De acordo com Magrabi et al. (2016), para os pacientes, os avanços tecnológicos melhoraram o acesso destes à informação. É preciso, porém, ir além e incorporar o cuidado centrado no paciente na gestão hospitalar.

Rozenblum et al. (2013) afirmam que, para alcançar melhores níveis de satisfação, são necessárias melhorias no cuidado centrado no paciente, além do envolvimento dos médicos nesta atividade. Por essa razão, para se alcançar sucesso, é importante o envolvimento dos gestores, médicos, funcionários e pacientes, de forma prioritária e estratégica (Luxford et al., 2011). De acordo com Proot & Yorke (2013), essa gestão dos cuidados de saúde não é apenas centrada no paciente, mas também em todas as partes envolvidas, como todo o contexto sociofamiliar que o rodeia.

2.1.1. Gestão da Qualidade das Organizações de Saúde: O Ciclo do Valor e Desafios para a Gestão em Saúde

O princípio fundamental de qualquer empresa, seja ela da saúde ou não, é a sua criação de valor. No entanto, no setor da saúde, essa criação de valor nem sempre assume a mesma forma para todos os *stakeholders* e, muitas vezes, é divergente (Bernardino, 2017):

- O utente - espera que, a organização, ofereça soluções de acordo com as suas necessidades e expectativas, ou seja, a sua definição de valor reflete-se no seu nível de bem-estar.
- Os prestadores de cuidados - a sua definição de valor vai depender dos recursos disponíveis para o desempenho da sua atividade, procurando a prestação de um serviço de qualidade e em segurança.
- Os acionistas - a criação de valor dependerá da rentabilidade, do menor custo.

Os grandes desafios para a saúde são representados pelas expectativas dos utentes e a sua crescente exigência ao nível da qualidade e rapidez dos processos de saúde, na resposta aos seus anseios, por um lado, e por outro, pelo inconformismo dos profissionais quanto às suas perspetivas profissionais; a isto acresce a rápida evolução tecnológica e científica num setor com fortes medidas regulatórias, por vezes, até contraditórias (Bernardino, 2017).

A existência de problemas complexos inerentes à eficiência da prestação dos cuidados de saúde é um facto reconhecido por todos os intervenientes deste processo, desde os beneficiários aos prestadores e financiadores (Melo, 2015).

Para Bernardino (2017), os principais problemas do ponto de vista da gestão no SNS relacionam-se com a excessiva afluência de utentes aos serviços de urgência, as demoradas listas de espera, a insatisfação quer de utentes, quer de profissionais e o crescimento desequilibrado da despesa. É, assim, imperioso que se analisem as reformas em curso, bem como os modelos existentes, com vista à resolução destes problemas estruturais.

O preço final dos cuidados de saúde resulta da combinação de diversas variáveis como o custo da mão-de-obra profissional, despesas gerais, o próprio mercado em que se insere, custos administrativos, tecnologia, entre muitos outros. Também a competitividade influencia o custo dos serviços. Os mercados em que há pouca ou nenhuma concorrência vão apresentar preços mais elevados (Brown, 2018), pois a concorrência exerce um efeito positivo na redução dos custos (Stadhouders et al., 2019). A análise dos fatores custos, qualidade e eficiência deve considerar a influência que cada um exerce sobre todos os outros, pelo que a sua análise e decisão não deve ser individualizada, mas, sim, ter em conta as suas interligações (Alexander et al., 2007).

A sustentabilidade dos serviços de saúde é uma preocupação comum a todos os países desenvolvidos, sendo consensual o reconhecimento da necessidade de mudança dos modelos de desenvolvimento, com vista à sua sustentabilidade (Melo, 2015).

2.1.2. Modelos de Gestão Hospitalar - Os recursos humanos

O modelo de gestão de uma organização envolve todas as decisões ao nível da gestão e todas as práticas que afetam direta e indiretamente os colaboradores que trabalham numa organização (Luo et al., 2021).

Os desafios do mercado de trabalho, provocados pelas alterações do ecossistema organizacional ao nível económico, social, político e tecnológico (Teixeira, 2013), conduziram as empresas a uma modificação acelerada das suas estruturas e dos modelos de organização do próprio trabalho (Cunha et al., 2007).

As boas práticas da Gestão de Recursos Humanos integram decisões em matéria de recrutamento, seleção e formação, oportunidades de desenvolvimento, segurança de emprego, avaliação de desempenho orientada para o desenvolvimento, oportunidades de

carreira, remuneração em função do desempenho, oportunidades de participação e acesso a informação (Shortell et al.,2021).

As organizações de referência consideram as pessoas como um ativo estratégico, pelo que o investimento nos indivíduos deve ser desenvolvido a longo prazo (McElroy et al., 2001).

O êxito das organizações já não depende apenas da posse de tecnologias avançadas ou da sua solidez financeira, pois para atingir bons resultados são necessários recursos humanos motivados, orientados para o mercado, multifacetados, produtivos e criativos (Teixeira, 2013).

Segundo Muller et al (2005), a única forma de se obter uma fonte de vantagem competitiva no meio organizacional passa por ter colaboradores comprometidos com a organização, que se identifiquem com a sua visão, com os seus valores e com as suas normas. Para isso, a formação académica e profissional é importante, pois traduz a aposta das organizações nas pessoas enquanto recurso estratégico (França, 2013).

2.1.3. Governação dos Hospitais: Modelo de dupla autoridade

Pauly & Redisch (1973) e Harris (1978) desenvolveram um modelo de dupla autoridade (administrativa e clínica) adotado em Portugal e nos países da Europa ocidental. Na conceptualização deste modelo, o hospital é entendido como uma organização muito centrada na decisão médica, que determina a quase totalidade da prestação de cuidados. Neste contexto, a administração existe para dotar a unidade hospitalar dos meios necessários (recursos humanos, equipamentos, suprimentos para uso clínico) no âmbito da prestação de cuidados de saúde.

As duas grandes linhas de autoridade na governação dos hospitais incluem a dos gestores, que integra a gestão hospitalar de topo e os administradores hospitalares intermédios, e a linha da governação clínica realizada por médicos.

Embora seja reconhecido neste modelo, o conselho de administração raramente se opõe aos médicos, pois a estabilidade da administração está ligada à satisfação e produção da equipa médica (Pauly & Redisch, 1973; Harris, 1978). Para reforçar a articulação interna entre ambas as autoridades e minimizar as suas diferenças, o Ministério da Saúde desenvolveu, em 2016, os Centros de Responsabilidade Integrada (CRI) com uma política de gestão moderna, rigorosa e responsável, de atitudes proativas, que, em simultâneo, promove a competição por comparação (ACSS, portaria nº 71/2018).

Para promover a partilha de informação entre a gestão e o corpo clínico, está em curso uma modernização dos sistemas eletrónicos de informação, que permitirá monitorizar os hospitais em termos de acesso, qualidade, produção e desempenho económico por cada unidade.

A equipa de topo da gestão dos hospitais empresa integra um órgão de administração conhecido como Conselho de Administração, nomeado pelos Ministérios da Saúde e das Finanças. Este é composto por um presidente e um máximo de seis vogais, em função da dimensão e complexidade do hospital, sendo um deles, obrigatoriamente, o diretor clínico (médico) e outro o enfermeiro diretor (enfermeiro) (Nunes, 2016).

As competências do Conselho de Administração são garantir o cumprimento dos objetivos básicos e a execução de todos os poderes de gestão do hospital tais como celebração de contratos que estabelecem o financiamento e a produção, que podem ser internos (com a gestão intermédia) ou externos (com o Ministério da Saúde), definição da estratégia a implementar e linhas de orientação a seguir, execução de planos de atividades, gestão de recursos humanos, nas áreas clínicas e não clínicas.

No âmbito da sua função, o conselho está obrigado à prestação pública de contas e ao cumprimento dos seus compromissos sob pena de suspensão ou processo penal por má gestão de dinheiros públicos (Nunes, 2016; Portugal, 2005).

Ao nível da gestão intermédia, particularmente nos grandes hospitais, o Conselho de Administração nomeia um administrador hospitalar para cada área médica (serviço ou departamento). Estes, médicos Diretores de Serviços, cooperam com a equipa de gestão e fazem um elo de ligação com os clínicos em cada serviço.

Desde a década de 60, este modelo de organização, através do qual os médicos criaram poder e influência para controlar as organizações (Dickinson et al., 2013; Greenwood et al., 1990), desenvolveu-se um pouco por toda a Europa. Os médicos são fundamentais para a prestação de cuidados, dado que, para além de dominarem a componente clínica e de prestação de cuidados diretos ao paciente, conseguem lidar com as questões da organização do próprio serviço, para manter a normalidade dos atos praticados e melhorar os resultados do hospital (Ham & Dickinson, 2008). É este poder da gestão intermédia que garante a abertura de determinados serviços e evita que se fechem outros apenas por vontade política e, dessa forma, constituem uma força que tem poder para bloquear estratégias e processos da administração, caso discordem deles (Ham & Dickinson, 2008). As duas linhas de

administração apresentadas levam para uma discussão relativamente à gestão médica / não médica, ou seja, conselho de administração vs. direções clínicas.

A posição do conselho de administração na gestão hospitalar é mais abrangente, pois a sua tomada de decisão não é apenas focada numa ou outra classe profissional, mas, sim, em processos que envolvem múltiplas pessoas (*stakeholders* – médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, auxiliares, administradores, pacientes), políticas e atividades de gestão e planeamento de todo o hospital. Por sua vez, os administradores intermédios focam assuntos relacionados com orçamentação, aquisição de suprimentos e recursos humanos. Já os médicos exercem uma influência que se centra em questões clínicas, como os procedimentos, protocolos dos serviços, a atenção na qualidade num processo contínuo desde a admissão à alta do paciente.

Os Diretores de Serviço são médicos que exercem atividade clínica a tempo parcial e que dedicam grande parte do seu tempo a assumir a responsabilidade pela gestão e comunicação com o Conselho de Administração (McKee et al., 1998). Estas direções de serviço são as principais estruturas de gestão clínica usadas em Portugal integradas num modelo tipo dos países da Europa ocidental (Braithwaite et al., 2005). Contudo, a responsabilidade destes serviços não é apenas do diretor de serviço, sendo compartilhada e apoiada por um enfermeiro chefe que garante a gestão dos enfermeiros.

2.1.4. Reforma da Gestão hospitalar em Portugal

A reflexão e os resultados da reforma foram marcadamente influenciados pelo modelo da Nova Gestão Pública, um modelo de gestão que defende a incorporação no setor público de mecanismos de gestão tradicionalmente associados ao setor empresarial. Este modelo de gestão previu a aplicação de *“instrumentos geralmente aplicados no setor privado, nos serviços públicos de forma ajustada”* (Harfouche (2008, p. 51) e exigiu aos gestores públicos *“que utilizam estes instrumentos a responsabilidade pelos resultados”*, assente no pressuposto de que o gestor atuando *“no seu próprio interesse (...) é racional e procura maximizar os seus recursos”* (pp. 51-52). Na sua génese, a Nova Gestão Pública, entre várias assunções, arroga que *“tudo o que é público é ineficiente e sai mais caro aos cidadãos”* (Harfouche, 2008, p. 59). Ao Estado acrescem funções de controlo, através da monitorização da *performance* das organizações e da avaliação dos seus indicadores de eficiência, eficácia e qualidade. Portanto, no âmbito desta nova filosofia, o Estado não surge como *“um grande empregador”*, mas como promotor de um serviço com *“maior qualidade ao menor preço”* (Harfouche, 2008, p. 51).

2.1.5. A Participação Médica nos Objetivos de Gestão Integrados na Reforma

Hospitalar

As questões relacionadas com o papel dos médicos na gestão e os resultados das instituições remetem para a questão da governação clínica, conhecida pela literatura como “*clinical governance*” (Simões et al., 2017). De acordo com esta perspetiva, é clara a importância da participação médica na gestão dos hospitais, em equilíbrio com a posição da gestão de topo e focada nos objetivos comuns de melhorar o acesso, a produção, a qualidade, reduzir custos e desperdícios (Campos, 2009).

O sistema de saúde português envolve a caracterização da organização e *governance* do sistema de saúde: o financiamento, os recursos (humanos e físicos), os níveis de prestação de cuidados, as principais reformas do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e a avaliação do sistema de saúde (Simões et al., 2017).

Com base na revisão da literatura realizada, é clara a importância da participação médica na gestão dos hospitais, em equilíbrio com a posição da gestão de topo e focada nos objetivos comuns de melhorar o acesso, a produção, a qualidade, reduzir custos e desperdícios. Assim, os médicos realizam funções de gestão hospitalar importantes para a obtenção dos melhores resultados, destacando-se os seguintes aspetos (Nunes & Matos, 2019):

- Conhecimentos clínicos e a previsão da prestação de cuidados de saúde a realizar com maior fidelidade;
- Existência de uma relação entre a participação dos médicos na gestão hospitalar (sobretudo na qualidade), a redução dos custos globais e a melhoria da qualidade, porque os médicos são mais conscientes na tomada de decisão e planeamento hospitalar;
- Defesa da qualidade dos cuidados de saúde prestados e da segurança dos seus pacientes;
- Os médicos gestores têm maior credibilidade junto dos restantes médicos do hospital, facilitando a comunicação entre a administração e o restante corpo clínico;
- Os médicos gestores têm um grande poder sobre todos os profissionais, o que pode fazer funcionar melhor a articulação.

No entanto, são também apontadas limitações às funções dos médicos enquanto gestores hospitalares, relacionadas, nuns casos, com uma maior dificuldade em separar as

funções de gestão da prática clínica (Fitzgerald et al., 2006), noutros casos, por não terem as competências necessárias que se adquirem na formação em gestão (Ham & Dickinson, 2008; Nunes & Matos, 2019).

Em Portugal, existem vários aspetos positivos na integração do médico na gestão hospitalar:

- Adoção de um modelo integrador que reconhece a importância da governação clínica na gestão de topo, o que facilita o relacionamento com os pares ao integrar um médico como Diretor Clínico no Conselho de Administração (Vaz, 2009). Esta medida integradora foi defendida por Shortell & LoGerfo (1981), que argumentavam a importância de envolver na gestão de topo o responsável pela equipa médica do hospital e, assim, promover a participação de um médico na decisão transversal à gestão de todo o hospital.
- A descentralização interna em departamentos e serviços dirigidos por médicos permite um maior envolvimento dos clínicos na gestão da unidade. Num estudo realizado por Weiner et al. (1997) foi demonstrado que, quanto maior o grau de envolvimento dos médicos na gestão de um hospital, maiores são os resultados positivos de desempenho, produção e qualidade. No mesmo sentido, um estudo promovido por Molinari et al. (1995) e de Goldstein & Ward (2004) também concluíram que a participação médica na gestão melhora os resultados operacionais.
- A realização de uma contratualização interna entre o Conselho de Administração e os Diretores de Serviços é um dos instrumentos mais eficazes para se conseguirem ganhos de eficiência, pois os médicos são envolvidos na definição dos objetivos de produção e qualidade, cujo cumprimento terá de ser o mesmo que resulta do seu trabalho direto com os doentes. Num estudo realizado por Comerford & Abernethy (1999), é referido que, quando os médicos participam no processo de contratualização (com atribuição de orçamentos e produção), o risco de incumprimento dos objetivos é muito reduzido. Caso contrário, é quase certo um incumprimento e agravamento do acesso, qualidade e produção.
- A assinatura dos contratos programa (contratualização externa) entre os hospitais e o Ministério da Saúde faz com que os Conselhos de Administração, embora focados no desempenho económico-financeiro, tenham em atenção o cumprimento da produção contratada e da qualidade dos cuidados prestados, para os quais receberam verbas (Kuntz & Scholtes, 2008).

Por estes motivos, os médicos também precisam desta boa interligação para solicitar maior investimento do Conselho de Administração, o que permitirá reforçar ainda mais a capacidade de resposta, a qualidade e o desempenho assistencial (Kuntz & Scholtes, 2008).

A aposta de Portugal para melhorar a gestão hospitalar e integrar uma gestão com responsabilidades e objetivos partilhados entre o Conselho de Administração e as direções de departamentos ou serviços passa pela intenção de implementar Centros de Responsabilidade Integrada nos hospitais públicos. Esta medida permitirá realizar uma reforma na organização interna das instituições, gerando incentivos fixados na contratualização interna, com o objetivo de promover uma maior eficiência, reduzir desperdícios e programar de melhor forma a atividade, melhorando indicadores de acesso, produção, desempenho económico e qualidade (ACSS, 2023).

2.1.6. Síntese

O desempenho das organizações depende da sua capacidade de mobilizar os recursos, incluindo os conhecimentos, ao seu dispor no sentido de criar valor. A literatura analisada permite evidenciar a importância dos modelos de gestão e dos recursos humanos enquanto ativo estratégico das organizações, com conhecimentos e capacidades criativas que permitem a inovação organizacional. Para fazer face aos atuais desafios da gestão, as organizações devem apostar nos seus recursos mais valiosos, as pessoas e o conhecimento, pois são recursos intangíveis que agregam valor à organização e, sendo inimitáveis, produzem uma vantagem competitiva.

Há uma relação entre a prestação médica, que dá resposta à procura de cuidados de saúde, e a administração dos hospitais, que garante os meios necessários à satisfação das necessidades dos utentes. Os médicos, além das responsabilidades clínicas, têm um papel ativo na gestão, quer a nível departamental (gestão intermédia), quer ao nível da gestão de topo.

A contratualização através do contrato-programa veio induzir eficiência e efetividade organizacional, o que tem particular importância no SNS, que depende fortemente de financiamento público.

Os hospitais são unidades de prestação de cuidados de saúde especializados que são alvo de um grande escrutínio por parte dos pacientes, da comunicação social, da sociedade e da componente política (Campos, 2009). O olhar da sociedade, que cada vez mais está atenta aos hospitais, não foca apenas o seu desempenho em termos da produção realizada, mas

também o acesso dos pacientes aos cuidados de saúde, a eficiência e a qualidade dos cuidados prestados (Saltman et al., 2011; OECD, 2010).

2.2. Híbridização dos Médicos

A introdução da lógica de mercado e das abordagens de ‘gestão’ (privada) na NGP é traduzida na definição de objetivos quantificados, indicadores de eficiência e de qualidade, avaliação de resultados, mecanismos de ‘quase-mercado’, tendo um impacto significativo na identidade e papéis profissionais dos médicos (Von Knorring et al., 2016).

O papel da gestão deve ser entendido através do seu impacto em dois aspetos fundamentais da profissão médica e que representam a base das tarefas diárias do médico: a prática clínica e o conhecimento especializado interligado (Duffield et al., 2019). A dimensão do profissionalismo surge relacionada com a tarefa, a distribuição de tarefas e a natureza do conhecimento aplicado durante o curso da prática clínica e dos procedimentos de avaliação.

2.2.1. O impacto da gestão no profissionalismo médico

Nas últimas três décadas, os médicos têm sido amplamente expostos a mecanismos de controlo de gestão que afetam a natureza do profissionalismo médico. Nesta perspetiva, a dinâmica entre gestão e profissionalismo pode produzir cinco resultados diferentes: (1) hegemonia gerencial; (2) cooptação; (3) negociação; (4) adaptação estratégica; (5) oposição profissional (Numerato et al., 2011):

➤ Hegemonia gerencial

O gerencialismo representa uma “ideologia” que contribui para a natureza mutável dos cuidados de saúde através da utilização de símbolos, códigos, linguagem de gestão e de uma abordagem dos serviços de saúde tendo em mente critérios de racionalização e padronização. Esses mecanismos cognitivos facilitam a “doutrinação” dos médicos no modo gerencialista de raciocínio (Pollitt, 1993). Assim, a perspetiva dos médicos está impregnada (por outras palavras, colonizada) de preocupações relativas à responsabilização, apelos constantes à transparência, avaliação e outras prioridades de gestão e, acima de tudo, eficiência.

➤ Cooptação da cultura de gestão

O impacto da gestão pode limitar-se à utilização dos princípios, discursos e lógica da gestão, por parte dos profissionais que mantêm as suas jurisdições e exercem controlo local sobre as suas tarefas. Estes processos foram identificados como processos de cooptação da lógica de gestão pelos profissionais (Waring & Currie, 2009), no âmbito dos quais a utilidade

de algumas ferramentas de gestão é reconhecida pelos profissionais e utilizadas nas suas jurisdições. Nas situações de cooptação, a comunicação dos profissionais com a gestão hospitalar fica reduzida à notificação mínima necessária. Além disso, esta forma de cooptação protege os médicos da vigilância e interferência da gestão na sua prática. Embora nem sempre esteja presente, a cooptação de práticas de gestão aparece frequentemente no contexto de estruturas organizacionais de “burocracia suave”. Este termo representa uma forma de controlo invisível, indireta e não hierárquica, estimulada pela competição de mercado (Courpasson, 2000) ou pela pressão política (Sheaff et al., 2004).

➤ **Negociação: identidades híbridas e regulação adaptativa**

Os processos de negociação e fusão entre culturas profissionais e gerenciais têm sido explicados em trabalhos de investigações que exploraram identidades novas e híbridas. Tais acordos baseiam-se na aceitação, por parte dos profissionais, das responsabilidades de gestão e envolvem a transferência de médicos a tempo parcial, ou mesmo a tempo inteiro, para cargos de gestão. A análise de Mo (2008) sobre uma reforma de gestão num hospital universitário norueguês mostra que os chamados gestores “híbridos”, que visam chamar a si próprios autoridade e legitimidade, devem ser capazes de se relacionar com os “códigos” culturais existentes e, assim, reconhecer o discurso da gestão, por um lado, e compreender e atender às necessidades clínicas, por outro.

O surgimento de papéis híbridos provavelmente foi acompanhado por conflitos de papéis (Mueller et al., 2003) e conflitos entre obrigações e responsabilidades (Lemieux-Charles et al., 1993). Uma explicação complementar da interação entre culturas gerenciais e profissionais é fornecida pelo relato de Waring sobre os processos de regulação adaptativa: *“Ao serem adaptativos e procurarem limitar o envolvimento gerencial, os médicos estão aparentemente rearticulando o que isso significa, autorregulando-se, absorvendo pressupostos gerenciais e recriando-se como gestores”* (Waring, 2007, p. 176).

Algumas ferramentas de gestão, como a contabilidade, poderiam coexistir simultaneamente com a prática clínica autónoma, uma vez que não são percebidas como uma ameaça real à autonomia; em vez disso, são vistos como meras ferramentas técnicas que não infringem o julgamento clínico (Kurunmaki, 2004).

➤ **Adaptação estratégica: gerencialização reversa**

A tese de Freidson explica por que os médicos, muitas vezes, mantêm autonomia sobre o trabalho operacional (Harrison, 1994). Uma das estratégias para manter a autonomia clínica tem sido a adaptação de protocolos e diretrizes às necessidades dos médicos, por meio

da negociação e reinterpretação de regras padronizadas. Para atingir este objetivo, os médicos ou intervêm no processo de criação de regras e protocolos (Weisz, 2007) ou influenciam ativamente a sua implementação. Os profissionais, especialmente aqueles que ocupam posições de liderança, podem manter a sua autonomia clínica obtendo controlo total sobre o desenvolvimento e implementação de ferramentas regulamentares, tais como medidas de qualidade ou auditorias médicas, como demonstrado pelo caso dos Países Baixos e da Inglaterra (Herk, 2001). Estas disposições, quer sejam deliberadas ou não, ajudam os profissionais a manter o controlo sobre os critérios e procedimentos de avaliação e, portanto, permitem-lhes desfrutar de uma liberdade considerável. Este conceito foi denominado “autonomia suave” (Levay & Waks, 2009) e distingue-se da “colonização” ou da “burocracia suave”, que dependem de mecanismos de controlo mais fortes e externos à comunidade profissional.

➤ **Oposição profissional: resistência à gestão**

A gestão é confrontada com a autoridade profissional historicamente formada (Griffiths & Hughes, 2000), o *habitus* (McDonald, 2009), as disposições e os imperativos da cultura profissional médica. É nesse contexto que se originam estratégias médicas de resistência ao controlo. Segundo esta perspetiva, as normas profissionais e o *ethos* médico raramente são corroídos quando em confronto com a gestão. Em vez disso, tendem a ser retidos (Doolin, 2001), ou mesmo reforçados em reação à cultura de gestão (Wolff & Schlesinger, 2002). A ética e as normas médicas equipam os médicos com uma base sólida para lidar com os requisitos gerenciais (McDonald, 2009). Uma perceção negativa *a priori* da gestão representa outra explicação para as falhas da gestão e podem ser observadas no caso de procedimentos de monitorização, que são percebidos como papelada excessiva (Waring & Currie, 2009), ou como ferramentas de controlo sobre o trabalho profissional (McDonald et al., 2005; Waring, 2007). Os esforços para padronizar a natureza da prática clínica podem ser entendidos como uma ferramenta destinada principalmente a conter custos e aumentar o trabalho, em vez de contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde (Carlsen & Norheim, 2008). Tanto a noção de resistência como o conceito de gerencialização baseiam-se implicitamente na ideia de duas culturas incompatíveis – profissional e de gestão – que lutam para alcançar o poder. Nesse sentido, um discurso inovador, técnico e orientado para os negócios, com ênfase em objetivos quantificáveis e avaliáveis externamente, entra em conflito com um discurso clínico tradicional, cujos defensores criticam o discurso gerencial

por encorajar a padronização, simplificação e comercialização inadequadas dos processos clínicos (Thorne, 2002).

A resistência dos médicos aos procedimentos de gestão do conhecimento expressa-se de três maneiras diferentes. Primeiro, contestam as regras predefinidas na forma de diretrizes e protocolos, que inspiraram a expressão “medicina de 'livro de receitas'” (Timmermans & Berg, 2003), porque não podem ser adaptadas às circunstâncias locais (McDonald & Harrison, 2004), pois não levam em conta a natureza complexa e incerta dos cuidados de saúde (McDonald et al., 2005). Segundo, os profissionais médicos apontam a fraca investigação em que os procedimentos, diretrizes e protocolos padrão frequentemente se baseiam. Terceiro, a legitimidade das diretrizes pode ser prejudicada se estas forem entendidas como uma ferramenta de controlo de gestão baseada no simples facto de as diretrizes provirem da gestão (Dopson et al., 2003).

2.2.2. Médico e gestor: um duplo papel numa lógica profissional

Segundo Correia & Denis (2016), a profissão médica tem vindo a apoiar, cada vez mais, alterações políticas, através da aquisição de competências em liderança médica, o que faz com que os médicos se mostrem cada vez mais interessados em questões relacionadas com qualidade, inovação e desempenho, refletindo a transição das formas do modelo tradicional para o modelo inspirado na NGP.

A introdução da ‘NGP’ e de mecanismos de racionalização da organização do trabalho e de ‘quase-mercado’ conduzem à ‘desprofissionalização’, ou seja, à perda de autonomia, e promovem a hibridização das profissões médicas (entre outras), através da fusão dos papéis de médico e de ‘gestor’ a todos os níveis das carreiras médicas. O médico gestor desempenha um papel duplo, tentando articular os critérios clínicos com os critérios de gestão, o que representa a hibridização médica. No fundo, é um médico que já não é médico e um gestor que ainda não é gestor. Esta problemática leva muitas vezes a um dilema deste novo ser, médico híbrido, colocando em causa a sua identidade e autonomia, causando stress emocional.

Uma das consequências das reformas NGP prende-se com o tempo despendido no desempenho dos dois papéis, nomeadamente em exercício a tempo integral, em que os profissionais incorporam por completo o papel de gestor, e em tempo parcial, em que os profissionais ocupam funções enquanto diretores de serviço e enquanto médicos em

simultâneo. Consta-se um aumento no tempo despendido pelos médicos em funções de gestão, em detrimento do tempo despendido em atividades assistenciais.

As alterações nos modelos e mecanismos de gestão nos hospitais públicos traduziram-se na necessidade de melhorar os serviços de saúde, o que proporcionou oportunidades para que alguns profissionais de saúde ocupassem cargos de chefia, passando a desempenhar papéis híbridos de gestão.

Relativamente às direções de serviço, estas são estruturas organizacionais com autonomia na prestação de cuidados de saúde e com funções ligadas à gestão do serviço ou unidade hospitalar, em que as funções de gestão são delegadas pelo Conselho de Administração do hospital, esperando-se que o diretor de serviço combine o controlo clínico e financeiro com a atividade diária da equipa, de acordo com as metas de produtividade, reforçando o prestígio científico através da qualidade e quantidade de atividade assistencial prestada.

Segundo Correia & Denis (2016), existem duas evidências acerca das direções clínicas: há uma grande relutância em assumir funções ligadas à gestão, pela perda de autonomia na tomada de decisão final, e outra relacionada com os dilemas éticos, quando tem de se compatibilizar decisões clínicas e burocrático-administrativas.

As direções clínicas surgiram na década de 90, como forma de aumentar a abertura a cargos de gestão nos hospitais e consequentes nomeações. As direções clínicas são uma forma de alcançar uma maior eficiência dos recursos, proporcionando aos doentes-consumidores um bom acesso a serviços de saúde, garantindo também a responsabilidade dos profissionais para com a organização. Como forma de atrair os médicos para estes cargos, são dispensados incentivos monetários com base no alcance de objetivos. No entanto, não existem evidências conclusivas sobre se o modelo de gestão moldou os valores clínicos e a autonomia. Segundo Correia & Denis (2016), os médicos em Portugal sempre se interessaram por ocupar cargos de chefia, o que permite concluir que receberam autonomia em termos de ferramentas clínicas e financeiras de controlo, sem terem de fazer algum tipo de formação em gestão ou administração hospitalar.

Enquanto diretores de serviço, os médicos manifestam-se como protetores face a influências externas ao mesmo, apoiando-se na relação de confiança e no controlo informal para com os colegas da equipa, assim se confirmando o padrão de dependência do profissionalismo. O facto de não haver mecanismos formais de controlo significa que estes são substituídos pela existência de confiança entre o diretor de serviço e o resto da equipa.

Alguns estudos sugerem mesmo que as estruturas associadas à NGP fortalecem a autoridade médica (Sarto & V., 2016). Além disso, estes estudos indicam um aumento da heterogeneidade na profissão médica, pois os valores associados ao gerencialismo, por um lado, colonizaram a profissão médica através da hibridização, em que alguns médicos adotaram valores e ferramentas gestionárias, e, por outro lado, outros médicos, diretores de serviço, permanecem alheios às mesmas. A crescente diversidade e heterogeneidade das formas como se interligam a gestão e o profissionalismo poderão levar à criação de novos e mais eficientes modos de controlo. A constatação desta tendência gera as recentes ligações entre gestão e profissionalismo, conduzindo à ideia da auto-governança (Correia, 2012).

Nos países europeus, alguns estudos sugerem que os médicos se encontram mais envolvidos nas estratégias de gestão hospitalar, estando diretamente associados a uma melhor qualidade nos sistemas de gestão hospitalar, nomeadamente nas tomadas de decisão de forma autónoma e do ponto de vista estratégico, fazendo com que haja uma forte ligação entre os cargos de direção média e superior, do ponto de vista hierárquico (Rotar et al., 2016).

A maior recetividade/relutância em abraçar uma posição de gestão e desenvolver uma identidade híbrida está muito associada às condições e motivações para a mudança. A literatura sugere que recetividade dos médicos para ocupar posições de gestão e de direção clínica em Portugal é maior do que em outros países (Correia & Denis, 2016).

2.2.3. Gestores híbridos em saúde: a dualidade de identidades

Dada a sua importância para as organizações de saúde contemporâneas (Buchanan, 2013) e os desafios de integração que essas organizações enfrentam, não é surpreendente que os gestores híbridos tenham despertado interesse. Eles têm sido considerados importantes para colmatar a divisão clínico-gerencial (Llewellyn, 2001) e intermediar o conhecimento entre equipas multidisciplinares (Ferlie et al., 2013). Como tal, atuam como delimitadores de fronteiras que ligam comunidades de prática clínica e de gestão (Kislov, 2014) e desempenham um papel potencialmente importante na tradução das iniciativas de gestão em prática (Burgess et al., 2015).

No entanto, os gestores híbridos enfrentam muitos desafios pessoais e profissionais (Croft et al., 2015b). Para além da relativa falta de formação em gestão (Iedema et al., 2004) e das dificuldades práticas de combinar cargas de trabalho clínicas e de gestão (Currie et al., 2010), assumir responsabilidades de gestão implica uma atenuação de status profissional e identidade (Croft et al., 2015b; Noordegraaf, 2015).

Os médicos, especialmente aqueles que ocupam posições organizacionais poderosas, têm sido hábeis em reconciliar e canalizar bases concorrentes de identidade e influência e em responder de forma flexível e criativa a diferentes contextos como gestores híbridos seniores. Llewellyn (2001) descreve não só como ocupam o “espaço de mão dupla” através do qual as necessidades clínicas e de gestão são mediadas e reconciliadas, mas também como podem construir novas identidades como gestores médicos – cuja influência reforçada é limitada apenas pela sua falta de experiência financeira.

McGivern et al. (2015), em particular, destaca diferenças de atitude entre “híbridos acidentais” – cujo interesse principal é o trabalho clínico – e “híbridos voluntários”, que são mais propensos a abraçar o seu papel de gestão.

Parece ser ainda escasso o conhecimento sobre como a construção de identidades de gestores híbridos é influenciada pela interação da experiência pessoal e das circunstâncias organizacionais, e como isso se reflete no desenvolvimento de carreiras de gestão (Watson, 2008), o que sugere a necessidade de um exame mais aprofundado das transições de identidade dos diferentes tipos de gestores híbridos. Para resolver esta lacuna, recorreremos ao conceito de “trabalho identitário” (Sveningsson & Alvesson, 2003) como um meio de capturar a heterogeneidade, a complexidade e a fluidez da identidade ocupacional, enquanto elucidamos a dimensão temporal da formação da identidade, por um lado, e as influências contextuais, por outro.

2.2.4. Lógicas na Saúde e seus efeitos na identidade

Na área da saúde tem sido habitual identificar combinações mutáveis de três lógicas: a nível social – profissional, de mercado e corporativo (Reay et al., 2017). Historicamente predominou uma lógica profissional médica, baseada no conhecimento especializado de médicos autónomos e de estatuto elevado que dominou a forma como indivíduos, grupos e organizações viram os sistemas de saúde em todo o mundo e a tomada de decisões dentro deles, durante a década de 1980. No entanto, quando as exigências de cuidados de saúde em muitos países ocidentais ultrapassaram a vontade dos governos de financiá-las, as lógicas de mercado e corporativas, associadas aos desenvolvimentos na burocracia, controle e NGP (Iliffe & Manthorpe, 2018), tornou-se influente (Kirkpatrick et al., 2016) (ver Quadro 1).

Quadro 1 – Lógicas institucionais atuantes na saúde e suas principais características

Lógica institucional	Principais características
Profissional	• Experiência e autonomia; • A qualidade do atendimento é definida pela experiência profissional.
Mercado	• As leis da oferta e da procura determinam a natureza do serviço prestado; • A qualidade é definida pela procura do consumidor.
Corporativo	• A elaboração de regras burocráticas por parte dos gestores seniores determina a natureza e o preço do serviço; • Qualidade definida por metas e processos organizacionais, aplicada por controle gerencial.
Estatual	• O governo determina a natureza e o preço do serviço de acordo com as políticas prioridades; • A qualidade é definida pela legislação, metas governamentais e gestores seniores responsáveis.

Fonte: adaptado de Reay et al., 2017

A pesquisa contemporânea apontou para uma maior complexidade institucional, identificando outras lógicas organizacionais e de campo importantes (Fincham & Forbes, 2015). Nos sistemas de saúde sujeitos a fortes pressões governamentais e legislativas, uma lógica estatal tornou-se influente (Kyratsis et al., 2017; Reay et al., 2017). Esta lógica estatal manifestou-se em dois caminhos:

- A adoção pelos médicos do princípio da mutualidade, que propõe que os pacientes devem coproduzir cuidados de saúde em colaboração com profissionais clínicos, em vez de terem diagnósticos, objetivos e tratamentos “feitos para eles” (Howieson, 2016).
- A influência de uma lógica de cuidado (Fincham & Forbes, 2015). Esta lógica de cuidado diminui a ênfase da narrativa médica dominante que cria os usuários dos serviços de saúde como pacientes a serem tratados em hospitais e promove a noção dos utilizadores dos serviços como “pessoas inteiras” a serem cuidadas, de preferência através de estratégias de prevenção da saúde e de assistência social baseadas na comunidade (Kyratsis et al., 2017).

A lógica do cuidado e a mutualidade são, cada vez mais, patrocinadas pelos governos como as únicas formas sustentáveis de enfrentar as complexas exigências decorrentes do envelhecimento da população com múltiplas necessidades médicas e de cuidados. Assim, a

lógica, segundo a qual o Estado deve procurar integrar serviços de saúde e assistência social foi difundida no Reino Unido (Kaehne et al., 2017). Este desenvolvimento está a ter um impacto fundamental na transformação da forma como os serviços são prestados e financiados, desviando recursos económicos dos hospitais, especialmente dos cuidados intensivos, para os cuidados primários e sociais profissionais. Neste contexto, os profissionais médicos seniores do sector agudo são cada vez mais obrigados a acomodar, reinterpretar e integrar lógicas de mercado, corporativas e estatais nas suas atividades profissionais e cultivar relações com outros profissionais clínicos do sector não agudo (Pearson & Watson, 2018).

No entanto, embora as lógicas se tenham tornado centrais para o funcionamento dos sistemas e organizações de saúde, nem sempre são vistas como compatíveis com o profissionalismo médico (Besharov & Smith, 2014). No passado, a literatura médica explorou os problemas específicos enfrentados pelos médicos, que gozavam de graus substanciais de autonomia ao interpretarem as suas identidades de papel como profissionais especializados (Christmas & Millward, 2011). Esta literatura concentrou-se nas interpretações dos médicos e na desprofissionalização, na qual novas lógicas eram vistas como incompatíveis com as tradicionais identidades médico-profissionais (Pratt et al., 2006).

2.2.5. Síntese

Os estudos analisados investigaram o modo como as atividades de natureza gerencial tanto podem, pela positiva, reforçar a autonomia profissional, como podem, pela negativa, contribuir para a sua erosão e para que as necessidades profissionais sejam mediadas por objetivos gerenciais.

A Identidade profissional médica é uma realidade dinâmica, verificando-se uma evolução do papel tradicional do médico para papéis mais hibridizados.

Do ponto de vista tradicional, o médico valoriza a sua autonomia e discricionariedade profissional. Ele é o único responsável pelos cuidados prestados com foco no tratamento. A medicina é biográfica, centrada no doente, com visão parcial do doente, focando-se na patologia. Nos últimos anos, pelo contrário, o médico tende a ser visto como membro de uma equipa, mais responsável, mas com responsabilidades partilhadas pelos cuidados prestados. O seu foco está no tratamento, mas também na prevenção. A medicina é baseada nos indicadores de eficiência e *guidelines* de melhores práticas. A visão médica do paciente é holística.

3. Metodologia

Neste capítulo, apresentam-se a problemática de investigação e os seus objetivos, bem como as opções metodológicas, o modo como se realizou a recolha dos dados e a caracterização dos participantes no estudo.

3.1. Problemática da investigação e objetivos do estudo

A gestão de serviços de saúde apresenta desafios singulares, exigindo dos profissionais que os lideram, a capacidade de navegar entre duas áreas distintas: a medicina e a administração. É essencial articular a gestão das unidades de saúde com o conhecimento e necessidades médicas, estabelecendo escolhas equilibradas que satisfaçam as necessidades e beneficiem os pacientes e que, em simultâneo, não ponham em causa a sustentabilidade financeira. Neste âmbito, enquadram-se várias funções, tais como levar a cabo uma gestão eficiente de recursos, promover a mediação entre os indicadores de gestão e as necessidades, favorecendo o reconhecimento da unidade hospitalar e do seu corpo clínico. Destes aspetos decorre a pertinência da temática objeto desta investigação: o papel que os médicos desempenham na gestão hospitalar.

Este é um tema considerado de elevada relevância na literatura (Boquinhas, 2012), dado que são inerentes à organização da gestão dos hospitais as funções de diretor de serviço e de diretor clínico. O problema da investigação consiste em perceber quais as características de um médico híbrido de uma unidade de saúde hospitalar. Atendendo à problemática em causa e à revisão da literatura realizada, em concreto, pretende-se:

- Explorar o perfil (áreas e níveis de formação), percursos profissionais e motivos que levaram os médicos a assumir um papel híbrido, ocupando posições de gestão em unidades de saúde hospitalar;
- Analisar o envolvimento dos médicos na gestão hospitalar (como avaliam a experiência de um duplo papel, médico e de gestão) e explorar as suas perceções sobre o contributo que esse envolvimento pode ter nos resultados organizacionais.

3.2. Opção metodológica

Esta investigação visa analisar os desafios da hibridização médica na construção de um sistema de saúde mais eficiente, eficaz e humanizado, sob o ponto de vista dos entrevistados. A investigação desenvolvida visa mostrar e analisar as ações e os comportamentos, na perspetiva de cada entrevistado.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória, visando a compreensão de diferentes percepções, valores, comportamentos e experiências dos nove médicos entrevistados com funções de gestão. Para Austin & Sutton (2015), o papel do investigador na pesquisa qualitativa consiste em procurar explorar em profundidade os pensamentos, sentimentos e vivências dos participantes no estudo. O interesse e a realização de pesquisas qualitativas têm sido crescentes no campo da saúde.

3.3. Recolha de dados

A recolha de dados foi realizada através de entrevistas individuais, semiestruturadas, com médicos com funções de gestão em diferentes hospitais do SNS em Portugal. Segundo Bryman & Bell (2011), a entrevista é o meio mais utilizado nas pesquisas qualitativas, por permitir explorar em profundidade as ideias e os pontos de vista dos entrevistados. Na entrevista semiestruturada, o modo como o entrevistado enquadra e entende as questões é muito relevante para explicar os acontecimentos, padrões e formas de comportamento. Desta forma, o investigador tem mais liberdade para conduzir a conversa de acordo com o modo como as respostas surgem, bem como alterar a ordem inicial definida das questões (Tong et al., 2007). Para compreender as percepções dos entrevistados sobre a temática em questão, foi elaborado um guião de entrevista (Apêndice 1) com temas pré-estabelecidos para as entrevistas de acordo com o objetivo do estudo e a revisão da literatura.

Nesta investigação foram realizadas nove entrevistas. Na escolha dos entrevistados, houve o cuidado em incluir profissionais com percursos diferenciados que pudessem refletir diferentes perspetivas:

- 1 Diretor do Bloco Operatório;
- 1 Chefe de Equipa e Coordenador da Cirurgia de Ambulatório;
- 4 Diretores de Serviço;
- 3 Diretores Clínicos.

Os entrevistados aceitaram participar no estudo de forma livre e voluntária. O agendamento das entrevistas foi feito de acordo com a disponibilidade de cada profissional. As entrevistas, com duração entre 45 minutos e 2 horas, ocorreram entre abril e junho de 2024. Cinco delas foram realizadas presencialmente nos locais de trabalho dos entrevistados (hospitais), enquanto as quatro restantes foram conduzidas por videoconferência via *Google Meet*. Em todas as entrevistas, a privacidade foi garantida, com a realização em espaços

privados (gabinetes médicos, escritório e salas de reuniões) e sem a presença de outros indivíduos.

Para garantir o anonimato e proteger a identidade dos profissionais, utilizaram-se excertos que refletem as posições dos participantes, sem identificar os entrevistados.

3.4. Caracterização dos participantes no estudo

Os nove médicos com funções de gestão entrevistados (Tabela 1) têm idades compreendidas entre 42 e 58 anos e desempenham a sua atividade profissional predominantemente no sector público. A média de tempo de serviço prestado com funções de gestão é de aproximadamente entre 3 e 20 anos. Estes dados refletem a sua vasta experiência na gestão, detendo um saber acumulado que importa utilizar para a melhoria dos serviços prestados aos doentes. A maioria dos entrevistados declararam possuir formação contínua ou especializada em gestão de serviços de saúde, o que mostra a sua especialização e o seu reconhecimento das competências para exercer o cargo.

Os entrevistados 2, 3, 8 e 9 têm experiências de gestão anteriores às ocupadas atualmente, enquanto os restantes entrevistados, não tiveram qualquer experiência prévia.

Tabela 1 - Perfil dos médicos com funções de gestão

Médicos com funções de gestão	Idade	Formação Complementar (Gestão em Cuidados de Saúde)	Cargo de Gestão	Tempo de serviço em funções de gestão (anos)
Entrevistado 1	42	Sim	Chefe de Equipa e Coordenador da Cirurgia de Ambulatório	5
Entrevistado 2	52	Sim	Diretor do Bloco	5
Entrevistado 3	49	Sim	Diretor de Serviço	7
Entrevistado 4	53	Sim	Diretor de Serviço	15
Entrevistado 5	55	Não	Diretor de Serviço	20
Entrevistado 6	42	Sim	Diretor de Serviço	4
Entrevistado 7	54	Sim	Diretor Clínico	5
Entrevistado 8	58	Sim	Diretor Clínico	3
Entrevistado 9	54	Sim	Diretor Clínico	6

4. Análise e discussão dos dados

Neste capítulo analisamos os dados recolhidos e através de uma análise rigorosa, procuramos explorar os dados e revelar *insights* relevantes para o tema em questão.

As entrevistas foram transcritas na íntegra, realizando apenas algumas correções linguísticas. Para analisar os dados recolhidos, foram criadas grelhas de análise, separadas por dimensões de análise com as perguntas correspondentes e com todos os excertos referentes à dimensão analisada. Posteriormente, as respostas dos entrevistados foram cruzadas para observar possíveis contradições, recorrências, concordâncias e divergências. Para garantir que todos os pontos relevantes fossem abordados de forma abrangente e objetiva, foi necessário assumir um papel mais intervencionista em algumas entrevistas.

4.1. Percurso profissional

4.1.1. Praticar Medicina

Segundo o regulamento que define os atos profissionais próprios dos médicos, a sua responsabilidade, autonomia e limites, no âmbito do respetivo desempenho, *“o médico é o profissional legalmente habilitado ao exercício da medicina, capacitado para o diagnóstico, tratamento, prevenção ou recuperação de doenças e outros problemas de saúde, e apto a prestar cuidados e a intervir sobre indivíduos, conjuntos de indivíduos ou grupos populacionais, doentes ou saudáveis, tendo em vista a proteção, melhoria ou manutenção do seu estado e nível de saúde”* (Regulamento n.º 698/2019, art.º 3 n.º 1). Para os médicos entrevistados, praticar medicina é uma fonte de realização pessoal e profissional que lhes permite causar um impacto positivo na vida das pessoas, aliviando o sofrimento humano, curando doenças e promovendo a saúde de seus pacientes. É uma oportunidade de combinar o conhecimento científico com a compaixão humana para fazer a diferença no mundo.

“(…) sinteticamente, é minha profissão, foi sempre a minha aspiração e tenho a benesse ou a sorte de me pagarem para fazer coisas que gosto e estar ao serviço dos outros” (Ent: 2)

“Acho que posso ajudar o doente da melhor forma possível, pelo menos da melhor forma que eu sei. Por isso para mim o praticar Medicina é tentar fazer a diferença dia-a-dia” (Ent: 4)

“Para mim salvar os outros, salvar vidas” (Ent: 7)

Ao analisar os relatos dos entrevistados, percebe-se que cada um traçou um mapa pessoal da sua carreira, tecendo um mosaico de vivências marcantes que moldaram a sua trajetória, desde a infância até a consagração como médico híbrido.

A medicina é um sonho acalentado desde muito cedo pelos entrevistados, que nutriram o desejo ardente de se tornarem médicos, seja por vocação própria ou por influência de

familiares médicos. Essa escolha precoce da profissão moldou significativamente as suas trajetórias, como demonstrado nos excertos seguintes:

“A primeira vez que eu olho a minha vida e disse que queria ser médico e não disse só, escrevi-o, pois tenho uma composição da 3.ª ou 4.ª classe em que eu escrevi que queria ser médico, a partir daí nunca mais mudei de ideia. Depois o segundo marco foi quando não entrei em Medicina... Não consegui entrar, não consegui na altura! E isso, acho que essa parte formou muito o carácter que eu tenho, que é ser teimoso e não desistir (...)” (Ent: 1)

“(...) na altura, numa fase inicial, foi um bocadinho porque o meu pai gostava que eu fosse médico, mas depois foi mesmo por opção.” (Ent: 5)

4.1.2. Médico Híbrido

No dinâmico mundo da saúde, surge uma figura singular: o Médico Gestor. Profissional híbrido, que transita entre a compaixão médica e a perspicácia gerencial, assumindo um papel crucial na complexa engrenagem dos sistemas de saúde.

Híbridos por opção ou por acidente? As motivações que impulsionam os médicos a enveredar pela gestão são diversas. Alguns encontram na gestão do serviço a oportunidade de ampliar o impacto da sua atuação, aprimorando o cuidado com os pacientes (Híbridos por opção). Outros, diante das carências do sistema, assumem a gestão como forma de contribuir para um futuro mais justo e eficiente na saúde (Híbridos por acidente).

Seja qual for a motivação, o Médico Gestor enfrenta desafios singulares. Conciliar a visão clínica com a visão estratégica exige variadas competências, como uma gestão de serviço inspiradora, capacidade de análise crítica e tomada de decisões assertivas.

“Na altura aconteceu, porque foi um convite do Conselho de administração. Claro que na altura fiquei contente no sentido que era um reconhecimento pelo meu trabalho, mas mesmo assim fiquei muito surpreendido, não estava nada à espera” (Ent: 5)

“Fui convidado uma vez e disse que não. Eu nunca pensei ser Diretor Clínico de nada, nem diretor de nada (...) aprendi muito como Chefe de Equipa de Urgência. Foi uma escola para mim: Conflito entre os colegas, conflito dos colegas com os doentes, conflito dos doentes com as famílias, conflitos dos médicos com as famílias... O que me levou a ter uma resposta rápida ao convite para direção clínica (...) (Ent: 7)

“era um sonhador e achava que se eu tivesse nesse sítio (...) Parecia muito fácil, parecia que estava à mão de semear, foi quando eu comecei a achar que a área de gestão me podia atrair (...). Então fiz os cursos de gestão para me munir das ferramentas e enfrentar esse desafio. A Direção Clínica surgiu de um convite de uma professora que eu tive numa das disciplinas do curso (...) (Ent: 8)

Para os entrevistados, os cargos de gestão nomeadamente de Diretor de Serviço e Diretor Clínico representam desafios empolgantes, permeados por alta responsabilidade e a necessidade de um planeamento estratégico impecável.

(...) significa mais responsabilidade, significa não me preocupar só com o que eu faço, ter grande espírito de equipa. A partir do momento que tens essa responsabilidade de dirigir um serviço, não sou só eu, é pensar um bocadinho mais há distância. Não ver a folha, tentar ver mais a árvore e perceber que a árvore está na floresta, que é o hospital e a responsabilidade aumenta” (Ent: 3)

“Eu acho que acima de tudo é um desafio e enquanto eu sentir que estou a fazer alguma coisa, a fazer a diferença pelo serviço, eu mantenho-me. A partir do momento em que eu sentir que sou apenas mais um elemento, acho que não há razões para continuar.” (Ent: 4)

(...) enorme responsabilidade. É perceber que na realidade planeamos as coisas para o mês que vem e a maioria das vezes só as concretizamos, se tudo correr bem, no ano seguinte.” (Ent: 6)

4.1.3. Competências médicas importantes para dirigir um serviço

É fundamental que o diretor possua um conjunto abrangente de competências médicas e interpessoais para garantir o bom funcionamento da equipa, a qualidade do atendimento aos pacientes e a sustentabilidade do serviço. A gestão esteve presente na trajetória profissional de todos os entrevistados, mesmo que, nem todos tenham ocupado cargos de chefia, no entanto nada mudou em relação a forma como encaram a medicina.

É interessante notar que, segundo os entrevistados, a competência mais importante para dirigir um serviço de saúde está relacionada com uma gestão inspiradora. Um bom gestor médico procura entender as individualidades que tem de dirigir e adaptar as abordagens de gestão de serviço, criando ambientes onde todos se sintam valorizados e possam contribuir de forma eficaz. Não há diferença entre os médicos híbridos por opção ou por acidente, na visão que tem da medicina.

“Primeiro ser médico (...) Não é a mesma coisa, um gestor com algum conhecimento de medicina ou médico com algum conhecimento de gestão. (...) o Gestor que não é médico dificilmente vai ter a visão global daquilo que interessa na medicina.” (Ent: 1)

“Enquanto médico é preciso conhecer as pessoas que estão no teu serviço. Tens de saber gerir pessoas e gerir egos, depois perceber os timings de comunicação de decisões (...)” (Ent: 3)

“(...) a gestão dos recursos humanos, acho que é fundamental. Tentamos, ao máximo, ter um bom ambiente possível para termos uma equipa que funciona” (Ent: 4)

4.1.4. As maiores dificuldades sentidas como Médico híbrido

Ser um médico híbrido deveria ser sinónimo de indivíduo detentor de um conjunto único de desafios que exigem capacidades, conhecimentos e competências distintas.

Combinar as responsabilidades clínicas com as exigências burocráticas pode ser extremamente complexo e desafiador, e os médicos híbridos frequentemente relatam dificuldades que se mostraram recorrentes e que podem ser agrupadas em três grandes categorias:

➤ **Conciliar as Responsabilidades Médicas e Administrativas**

O tempo dedicado à gestão muitas vezes impacta negativamente com o tempo disponível para o atendimento de doentes, gerando uma enorme frustração tanto para o médico como para os doentes. A constante necessidade de estar disponível para lidar com questões administrativas, mesmo fora do horário de trabalho, é um problema sério que afeta negativamente a saúde física e mental e a qualidade de vida dos médicos híbridos. É fundamental que sejam tomadas medidas para promover um ambiente de trabalho mais saudável e equilibrado, onde os limites entre a vida profissional e a pessoal sejam respeitados. A delegação de tarefas administrativas pode ser uma solução, mas exige confiança noutros profissionais, não descurando de uma supervisão eficaz. Nem sempre é fácil encontrar o equilíbrio entre autonomia e controle.

➤ **Lidar com as Complexidades da Gestão**

A tomada de decisões estratégicas complexas, com implicações financeiras, exige *expertise* em áreas como gestão financeira, planeamento estratégico e análise de dados. A falta de instrumentos de gestão é apenas um dos desafios enfrentados pelos hospitais públicos. A regulamentação do sector público de saúde é geralmente mais rígida e detalhada do que a do sector privado, o que pode burocratizar os processos e dificultar a implementação de inovações.

Para melhorar os resultados, é necessário um conjunto de medidas desde a modernização da gestão até a criação de um ambiente institucional mais favorável.

“É a falta de instrumentos de gestão que faz com que tu fiques muito limitado a conseguires implementar algumas coisas (...) Eu não acredito em punição como método eficaz de gestão, mas sim o incentivo, pois acredito e é importante para nós conseguirmos competir com o sector privado. Um deles passa pela premiação do mérito. (...) mais dias de férias, patrocinares formação, oferecer a frequência de cursos, isso tudo é a melhor forma”. (Ent: 6)

Trabalhar com equipas multidisciplinares, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos e pessoal administrativo, requer características motivacionais inter pares excepcionais, como uma comunicação eficaz, mediação de conflitos e uma gestão inspiradora, já que os médicos híbridos são vistos como orientadores e representantes dos colegas face aos superiores hierárquicos, adotando a figura que estabelece a ligação entre os diversos serviços hospitalares, nomeadamente com gestão de topo. Manter uma equipa motivada num

ambiente de trabalho desafiador pode ser, muitas das vezes, difícil *“As maiores dificuldades são os relacionamentos interpessoais. Lidar com pessoas, às vezes, não é fácil... São as principais dificuldades, porque o resto é relativamente fácil.”* (Ent: 5)

A gestão na área da saúde é altamente regulamentada, exigindo que os médicos gestores estejam em constante atualização sobre as leis, normas e regulamentações aplicáveis. O cumprimento rigoroso dessas exigências pode ser oneroso em termos de tempo e recursos.

➤ **Manter o Equilíbrio entre Qualidade e Rentabilidade**

A crescente pressão para reduzir custos na área da saúde coloca os médicos híbridos numa posição difícil, pois precisam de equilibrar a necessidade de manter a qualidade do atendimento aos doentes com a otimização dos recursos financeiros. Essa dicotomia pode gerar dilemas éticos e comprometer a qualidade do cuidado ao doente.

“Como Diretor Clínico, eu não posso esquecer que sou médico e, portanto, uma das dificuldades que eu tenho é tentar dar entender à equipa de gestão que o hospital não funciona sem médicos e que precisamos de contratar médicos, independente de haver dinheiro ou não. Temos de comunicar com a tutela que precisamos de contratar A, B ou C para isto funcionar (...) Isso é minha principal dificuldade, falta de recursos humano e tentar dar entender que essa falta de recursos humanos põe em causa todo o funcionamento do hospital.” (Ent: 7)

Ser um médico híbrido é um desafio constante que exige um conjunto abrangente de competências e um compromisso inabalável com a qualidade do cuidado ao doente. As dificuldades descritas acima, como a contratação de mais recursos humanos, representam apenas alguns dos obstáculos que os médicos híbridos enfrentam diariamente. No entanto, superar esses desafios e alcançar o sucesso na gestão da saúde é extremamente gratificante e contribui significativamente para a melhoria da saúde da população.

Em suma, o médico híbrido, no seu percurso profissional continua a exercer a medicina, aplicando o conhecimento clínico no atendimento aos doentes. No entanto, assume também responsabilidades administrativas e de gestão, coordenando equipas, alocando recursos e tomando decisões estratégicas que influenciam o funcionamento dos serviços de saúde. As competências médicas são essenciais para esse papel, pois permitem ao médico híbrido ter uma compreensão aprofundada das necessidades clínicas, da dinâmica do trabalho em saúde e da importância do cuidado centrado no doente. Essa *expertise* é fundamental na tomada de decisões eficazes, na melhoria da qualidade assistencial e na gestão

eficiente dos recursos. Além disso, as competências de gestão, comunicação e visão estratégica são indispensáveis para a coordenação de equipas e a orientação de projetos. Entretanto, o médico híbrido enfrenta dificuldades ao longo da sua carreira. O principal desafio é equilibrar o duplo papel de médico e gestor, pois o tempo dedicado à prática clínica pode entrar em conflito com as exigências administrativas. A constante pressão para tomar decisões que conciliem as necessidades financeiras da instituição com os cuidados aos doentes, sem comprometer a qualidade do atendimento, é outra grande dificuldade.

4.2. Implicações da NGP no exercício da profissão médica no hospital

A gestão pública exerce uma influência profunda e complexa sobre o exercício da profissão médica no ambiente hospitalar. As políticas, decisões e recursos alocados pelos gestores públicos moldam o dia-a-dia dos profissionais da saúde

Os resultados mostram existir um consenso claro num ponto: a prática médica, para além da dimensão clínica, exige uma forte componente de gestão. Os médicos entrevistados enfatizam a importância de equilibrar as necessidades individuais dos pacientes com as demandas do sistema de saúde como um todo, e a necessidade de tomar decisões complexas num contexto de recursos limitados.

Com efeito, os entrevistados revelam existir uma compreensão crescente por parte dos médicos da importância da gestão na prática clínica. A capacidade de integrar conhecimentos clínicos e competências de gestão é fundamental para garantir a qualidade dos cuidados de saúde e a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

O entrevistado 1 apresenta uma visão holística da gestão na prática médica, desde a importância de focar no paciente até a necessidade de otimizar recursos. A frase "Ser médico tem um bocadinho de ser gestor" resume de forma concisa a ideia central.

"(...) temos de fazer esta gestão e enquanto estás a fazer esta gestão, já não estás a pensar só no doente que tens à frente, já estás a pensar como é que vais tratar este e outro a seguir e todos os outros a seguir. Ser médico tem um bocadinho de ser gestor. Ser gestor não tem nada de ser médico."
(Ent: 1)

Já o entrevistado 6 oferece uma definição abrangente da gestão na prática médica, destacando as múltiplas dimensões envolvidas, desde a gestão de emoções até a gestão de custos. A expressão utilizada - "Gerir é fazer escolhas, escolhas que devem colocar em primeiro lugar as pessoas" - enfatiza a importância da ética na tomada de decisões.

"A prática médica, do dia-a-dia, é um permanente exercício de gestão, em múltiplas dimensões. Gestão de emoções (nossas e do doente), gestão de tempo, de recursos, de prioridades, ou mesmo de

custos (...) Gerir é fazer escolhas, escolhas que devem colocar em primeiro lugar as pessoas, os cidadãos, que são alvo dessas escolhas. Ser médico também.” (Ent: 6)

A análise das entrevistas revela uma gama diversificada de opiniões sobre a implementação das Unidades Locais de Saúde, decorrente da reforma do Serviço Nacional de Saúde estabelecida pelo Decreto-Lei n.º 102/2023. Os entrevistados apresentam tanto perspetivas positivas quanto negativas sobre o novo modelo de gestão, destacando os desafios e as oportunidades que este representa.

“A verdade é que é tudo tão burocrático que eu não vejo diferenças até à data. É tudo muito difícil, as decisões demoram demasiado tempo. E com esse tempo que se demora a tomar uma decisão, nós perdemos muita coisa, ou seja, não otimizamos aquilo que queremos otimizar. Mesmo a nível desta fusão de ULS, ainda há muita coisa que não foi definida, relativamente aos blocos, aos recursos humanos e a tudo isso (...).” (Ent: 4)

“Se tudo correr bem é um modelo com muito menos inércia, menos entropia e muito mais eficiente. O conceito em abstrato é espetacular o das ULS. O do CRI melhor ainda porque me resolve o problema, que é, premiar o esforço e o mérito (...) é para trazer para SNS alguma agilidade que não existia e premiar o esforço.” (Ent: 6)

“Acho que é muito vantajoso porque põe em primeiro lugar o doente, põe em primeiro lugar o percurso do doente, não põe em primeiro lugar nem os serviços, nem as especialidades, nem as direções de serviço (...) eu acho que estas decisões que põem o doente no centro da discussão têm muito valor e são muito importantes (...) Interligação de cuidados, hospitalares, primários e de saúde pública.” (Ent: 9)

Vários entrevistados expressam preocupação com a crescente centralização da gestão, limitando a autonomia dos conselhos de administração e dificultando a adaptação às realidades locais, sendo evidente a necessidade de conciliar a centralização com a flexibilidade necessária para responder às especificidades de cada região: *“A gestão está muito centralizada neste momento, os Conselhos de Administração estão muito apertados (...).” (Ent: 2)*

A intensificação do trabalho burocrático nas instituições de saúde tem gerado um conflito entre a autonomia profissional e as exigências administrativas. Os profissionais sentem-se sobrecarregados com a crescente quantidade de documentação a preencher, o que os afasta da prática clínica e pode comprometer a qualidade da assistência. A necessidade de solicitar ambulâncias, elaborar relatórios médicos e cumprir outras tarefas administrativas consome um tempo precioso que poderia ser dedicado ao cuidado direto dos doentes. Essa situação cria um dilema para os profissionais, que frequentemente priorizam a assistência em detrimento da burocracia. No entanto, alguns reconhecem a importância da burocracia para a gestão dos serviços, evidenciando a necessidade de encontrar um equilíbrio entre as duas dimensões.

“Imenso trabalho burocrático o que influencia negativamente nos cuidados prestados aos doentes. Estou a falar com o doente e estou a preencher um papel para requisição de transporte, estou a preencher mais um papel porque preciso de fazer uma referência, etc.” (Ent: 7)

“Acho que há muita burocracia sendo que ela rouba horas que poderiam ser dedicadas à reflexão, à aprendizagem, à investigação e à prestação de cuidados. Acho que a burocracia tem um impacto bastante negativo... existe muita burocracia que não apareceu agora com a criação das ULS, já existia, não é!” (Ent: 9)

A implementação das ULS representa um processo complexo e desafiador, com impactos significativos na organização e gestão do SNS. Os entrevistados destacam a necessidade de encontrar um equilíbrio entre a centralização e a autonomia, de reduzir a burocracia e de garantir a participação dos profissionais de saúde nas decisões. A avaliação dos resultados da nova gestão é fundamental para identificar os pontos fortes e fracos do modelo e para orientar futuras melhorias.

Em suma, a NGP, introduzida em diversos setores públicos, trouxe profundas implicações para o exercício da profissão médica. Focada em princípios como eficiência, *accountability* e maior controle de resultados, a NGP promoveu mudanças na forma como os hospitais são geridos, afetando diretamente o quotidiano dos profissionais de saúde

Uma das principais implicações para os médicos é o aumento da pressão por resultados mensuráveis e a necessidade de conciliar a qualidade do atendimento com a otimização de recursos. Com a introdução de métricas de desempenho, indicadores de qualidade e controle de custos, os médicos passaram a ser avaliados não apenas pela excelência clínica, mas também pela sua capacidade de cumprir metas administrativas. Essas mudanças muitas vezes exigem que os médicos adquiram novas competências de gestão, além das competências clínicas, e se adaptem a uma lógica mais empresarial de gestão hospitalar. Contudo, essa abordagem também pode gerar conflitos, como a tensão entre a prestação de cuidados personalizados e a necessidade de seguir protocolos e diretrizes institucionais que visam a eficiência. Assim, a NGP desafia o médico a equilibrar o seu compromisso com o cuidado ao doente e com as exigências da gestão moderna hospitalar.

4.3. A dualidade médico/gestor

A dualidade médico/gestor é uma realidade cada vez mais presente na prática médica. A capacidade de integrar conhecimentos clínicos e competências de gestão é fundamental para garantir a qualidade dos cuidados de saúde e a sustentabilidade do sistema de saúde. A

formação de médicos-gestores e a criação de ambientes de trabalho que valorizem a colaboração e a inovação são essenciais para enfrentar os desafios do futuro.

A gestão de um sistema de saúde pública é uma tarefa complexa e multifacetada, um desafio constante que exige uma visão de médio e longo prazo e uma boa capacidade de adaptação às mudanças. Ao enfrentar esses desafios, os gestores podem contribuir para garantir o acesso equitativo e a qualidade dos serviços de saúde para toda a população.

4.3.1. A tensão entre o juramento de Hipócrates e os números: Desafios éticos e a Nova Gestão Pública

A Nova Gestão Pública suscita divergências quanto ao seu impacto na ética profissional médica. Enquanto alguns entrevistados temem que os condicionalismos impostos, com realce em indicadores de produtividade e a racionalização de recursos, possam comprometer o tempo dedicado à assistência e a qualidade dos cuidados, outros defendem que a ética médica prevalece, encontrando um equilíbrio entre as obrigações institucionais e a prática clínica.

Os entrevistados destacam a complexidade do ethos médico num contexto de mudanças profundas no sistema de saúde. A procura de equilíbrio entre a autonomia profissional, a gestão eficiente dos recursos e a qualidade do cuidado é um desafio constante para os profissionais de saúde. A ética médica, embora fundamental, enfrenta desafios e a necessidade de adaptação às novas realidades da prática médica.

“Isto assumindo o Ethos como a forma de estar, a maneira de olhar, a forma como os profissionais se comportam (...) a maneira de nós estarmos mudou um bocadinho, fruto da uma imposição social. Nós somos muito mais defensivos na nossa maneira de estar na atividade, temos de nos defender. Esta medicina defensiva passa muitas vezes por não haver um juízo clínico daquilo que estamos a fazer (...) Eu quando peço um exame tenho de ter um objetivo, não é defender-me. Se calhar, a defesa também é um deles, ou poderá vir a ser um deles... Tudo isto mudou um bocadinho a prática, cada vez se faz menos clínica e mais exames complementares de diagnóstico. (...) Esta forma de estar na medicina, gera muitos conflitos quando estou a trabalhar, principalmente numa urgência ou num internamento.” (Ent: 2)

“(...) por isso é que fizemos o Juramento de Hipócrates. A ética é um pilar basilar da nossa profissão. (...) Se nós não cumprirmos com as regras básicas da ética, nós não vamos conseguir ser bons médicos, como é evidente.” (Ent: 5)

4.3.2. Implicações da Nova Gestão Pública no ethos da profissão médica

A implementação da NGP na Saúde nos serviços de saúde tem gerado um forte debate sobre o impacto nas práticas médicas e na autonomia profissional. A gestão eficiente dos

recursos, fundamental para a sustentabilidade do sistema, colide com a necessidade de garantir a qualidade do cuidado ao doente e a autonomia dos profissionais de saúde.

Como apontam alguns entrevistados, a figura do Diretor Clínico que é sempre um médico, surge como um elemento central nesse contexto. Ele atua como um mediador entre as diretrizes da gestão e as necessidades clínicas, procurando um equilíbrio entre a eficiência e a qualidade do tratamento. No entanto, a tomada de decisões sobre a alocação de recursos, muitas vezes complexas e envolvendo questões éticas, continua a ser um grande desafio.

"Eu acho que a arma forte de uma direção de um hospital, neste momento, é o Diretor Clínico. (...) o Diretor Clínico representa 70% dos problemas do hospital. O hospital gira em função de um ato médico e, portanto, quem representa o ato médico é o Diretor Clínico. Não é o gestor nem o Presidente do Conselho de Administração que vai interferir nesse tipo de atividades, é o Diretor Clínico. A existência de um bom Diretor Clínico, um que saiba decidir acerca de tudo isto, é meio caminho andado para que as coisas corram bem." (Ent: 2)

As entrevistas demonstram também que a NGP, ao introduzir novas formas de organização e gestão dos serviços de saúde, tem tido um impacto significativo no ethos da profissão médica. A busca por eficiência e a pressão por resultados têm levado a uma transformação profunda da prática médica, com consequências tanto positivas quanto negativas para os doentes e para os profissionais de saúde, sendo fundamental a promoção de um debate mais aprofundado sobre essas questões, com o objetivo de encontrar um equilíbrio entre a necessidade de garantir a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde e a preservação dos valores éticos da profissão médica.

As entrevistas revelam um conflito latente entre os objetivos da NGP e a prática médica, com impactos diretos na qualidade do atendimento e na satisfação profissional. A priorização de números em detrimento da qualidade foi apontada por vários entrevistados:

"Eles não querem saber se o médico foi correto com o doente, se o tratou bem, querem saber com o número de doentes que observas." (Ent: 7)

"Neste momento ainda existe muita preocupação por parte da gestão com os números e não é avaliada a qualidade." (Ent: 4)

"Retira tempo para tu cumprires os requisitos que fizeste no Juramento de Hipócrates. Não quer dizer que não os cumpras, mas vais cumpri-los à pressa, com menos tempo, com menos emoção." (Ent: 6)

A Burocracia Excessiva, a Falta de Autonomia Profissional, o Conflito entre Saúde Pública e Privada e a Falta de uma Visão de Longo Prazo são também pontos de atrito na conciliação dos objetivos da NGP com a ideal prática médica.

"(...) Eu tenho de ter a capacidade de convencer o Conselho de Administração da importância, por exemplo, das necessidades que o serviço tem na aquisição disto ou daquilo ou ainda de outros

investimentos. (...) A dificuldade que o Conselho de Administração tem de tomar uma decisão perturba claramente o funcionamento dos serviços, portanto o atraso nas tomadas de decisões." (Ent: 2)

"Acho que eles fazem muito na privada e aqui não se faz tanto: É o número! Eles não querem saber se o médico foi correto com o doente, se o tratou bem (...) Doí a alma. Quem conhece que a urgência está caótica e ainda vai mandar mais um doente para internar, para operar(...)" (Ent: 7)

As consequências do conflito gerado entre a necessidade de prestar um atendimento de qualidade e a pressão por resultados quantitativos favoráveis à organização hospitalar são diversas, desde a diminuição da qualidade do atendimento até à desmotivação dos profissionais. Para superar esses desafios, é fundamental repensar os indicadores de desempenho, simplificar os processos burocráticos, investir em tecnologia, fortalecer uma gestão participativa e promover a formação contínua dos profissionais. As entrevistas revelam uma complexa inter-relação entre os papéis profissionais dos médicos, a produtividade dos serviços e os resultados globais da organização hospitalar. Os entrevistados concordam unanimemente que os médicos, gestores e outros profissionais de saúde estão interligados e que a eficácia do sistema depende da articulação entre eles. É fundamental encontrar um equilíbrio entre a necessidade de garantir a qualidade do atendimento e a necessidade de alcançar resultados organizacionais. A comunicação eficaz, a valorização da *expertise* médica, o desenvolvimento de indicadores de qualidade e a promoção da cultura de melhoria contínua são elementos-chave para alcançar esse equilíbrio: *"As coisas estão muito interligadas umas às outras, não há muito a dizer. Se essa relação não funcionar bem, claramente quem vai sofrer é o utente." (Ent: 2).*

Outro ponto abordado pelos participantes está relacionado com a importância da motivação dos médicos para o sucesso da organização: *"Médicos motivados, melhor articulação, melhores resultados, melhor para instituição." (Ent: 6).*

Em suma, a dualidade entre ser médico e gestor impõe desafios significativos, especialmente no contexto da NGP. Por um lado, o médico, guiado pelo juramento de Hipócrates, tem o compromisso ético de priorizar a saúde e o bem-estar dos doentes. Por outro, como gestor, enfrenta pressões para otimizar recursos, reduzir custos e cumprir metas estabelecidas por indicadores de desempenho. Esse cenário gera uma tensão constante entre a ética médica e as exigências administrativas. A NGP, com seu foco em eficiência, *accountability* e resultados, impõe uma lógica empresarial ao setor da saúde, o que pode comprometer o ethos da profissão médica. A medicina, que historicamente privilegia o

cuidado individual e a empatia, passa a ser confrontada com a necessidade de adotar práticas de gestão mais rígidas e padronizadas.

4.4. Autonomia

A autonomia médica é um tema complexo e fundamental para a prática clínica. Os nove médicos híbridos entrevistados destacam a importância da liberdade para tomar decisões baseadas em evidências científicas e na individualidade de cada paciente. No entanto, a autonomia não é absoluta e deve ser exercida dentro de um contexto mais amplo, considerando as limitações dos recursos, as pressões externas e a necessidade de trabalhar em equipa: *“A autonomia é importante, mas não pode ser absoluta. Nós precisamos de ter um senso de responsabilidade social e entender que nossas decisões afetam não só o paciente, mas também a sociedade como um todo”* (Ent: 6).

A autonomia dos diretores de serviço/ diretor clínico, como evidenciado nas entrevistas, é um tema de grande relevância para a gestão eficaz dos serviços de saúde. A busca por um equilíbrio entre autonomia e controle emerge como um ponto central nas entrevistas. Por um lado, a autonomia, como destacado na entrevista 3, é vista como fundamental para que o diretor de serviço/diretor clínico possa *“ter mais poder de decisão... não só na parte dos médicos, mas na forma como gere também o resto das profissões”*. Essa perspectiva encontra eco na entrevista 4, onde se defende que os diretores devem ter *“autonomia de gestão de serviço. Ou seja, quer a nível de toda a gestão, da marcação, do bloco operatório, aquisição de material e tudo isso”*.

A autonomia, portanto, é percebida como um pré-requisito para uma gestão mais personalizada e adaptada às necessidades específicas de cada serviço. No entanto, a autonomia não é um fim em si mesma. Como apontado na entrevista 8, *“autonomia leva a erro”*. A necessidade de mecanismos de controle e responsabilização é enfatizada por diversos entrevistados. A entrevista 9, por exemplo, destaca que *“o facto de nós sermos autónomos a tomar determinadas decisões não significa que possamos tomá-las irrefletidamente”*. Essa perspectiva reflete a preocupação de que a autonomia excessiva possa comprometer a qualidade dos serviços e a tomada de decisões estratégicas. A busca por um equilíbrio entre autonomia e controle, portanto, é fundamental para garantir a qualidade dos serviços prestados aos pacientes. Como afirmado na entrevista 2, *“a boa relação tem de existir, a gente tem de perceber o que é melhor para instituição. O que é melhor para o serviço e o melhor para o utente”*. Os 9 médicos híbridos entrevistados demonstram um desejo de ter mais autonomia na gestão dos seus serviços, mas reconhecem a importância das regras e diretrizes institucionais.

A percepção de autonomia varia entre os entrevistados e está relacionada a fatores como a cultura organizacional, o tipo de serviço e a relação com a administração. As respostas dos entrevistados demonstram uma compreensão sólida da estrutura hierárquica das instituições de saúde e a importância da autoridade para a tomada de decisões. A centralização do poder no Conselho de Administração é evidente nas entrevistas. Por exemplo, o entrevistado 7 afirmou categoricamente que “*O Conselho de Administração está acima de mim e considero necessário*”. A busca por um equilíbrio entre a gestão eficiente e a autonomia profissional é um desafio constante, como é evidenciado pela afirmação do entrevistado 1 “*a autonomia médica é fundamental para garantir um raciocínio clínico sólido e individualizado para cada paciente*”. No entanto, a pressão por números e a crescente burocratização, como é apontado em diversas entrevistas, têm limitado a autonomia médica e dificultado a relação médico-doente.

A concorrência do setor privado e a necessidade de garantir a sustentabilidade do sistema público, por sua vez, têm levado à adoção de medidas que, embora possam ser vistas como necessárias, impõem desafios à autonomia médica. A questão é complexa e exige um diálogo contínuo entre gestores e profissionais, buscando soluções que garantam a qualidade da assistência e a satisfação dos profissionais. A quantificação de indicadores é vista como uma ferramenta importante para a melhoria da gestão dos serviços hospitalares, mas é fundamental que essa quantificação seja feita de forma cuidadosa, com objetivos claros e não para pressionar os profissionais.

“Nós temos de medir e tudo se mede. O que não é aceitável, é exigir como cumprimento de indicadores a 100%. Isto nunca existe!” (Ent: 1);

“Os indicadores são todos bons, tem de ser bem interpretados.” (Ent: 2) ”

“(…) acho importante fazermos uma comparação com os outros, para percebermos se estamos a seguir o rumo certo.” (Ent: 5).

Em suma, a autonomia deve ser exercida sempre em prol do bem comum, com a devida responsabilização pelos resultados obtidos. O CA emerge como o órgão central do poder, enquanto a direção clínica desempenha um papel importante na gestão do dia-a-dia e na comunicação entre os diferentes níveis da hierarquia. Os indicadores de melhoria de gestão devem ser relevantes, comparáveis e utilizados para apoiar a tomada de decisões, e não para gerar pressão sobre os profissionais.

5. Conclusões, Limitações do estudo e Sugestões para futuras investigações

A hibridização médica, caracterizada pela combinação dos papéis de médico e gestor, emerge como um fenómeno em crescimento nas unidades de saúde hospitalar. Este estudo qualitativo, baseado em entrevistas semiestruturadas, permitiu explorar as motivações, percursos e perceções de médicos que optaram por assumir posições gestão.

Os resultados revelam que muitos médicos gestores possuem formações adicionais nas áreas da gestão, além da sua formação médica de base, evidenciando a necessidade de competências complementares para o exercício eficaz desse papel híbrido. Os motivos que levaram esses profissionais a assumir funções de gestão variam, mas estão fortemente associados ao desejo de influenciar a tomada de decisões, melhorar a qualidade do cuidado e a gestão dos recursos hospitalares, bem como contribuir de forma mais ampla para a eficiência do sistema de saúde. No que concerne à experiência de exercer um duplo papel, os médicos gestores reconhecem tanto os desafios quanto as oportunidades. Se por um lado enfrentam tensões éticas e dificuldades em equilibrar as exigências administrativas com o compromisso clínico, por outro, acreditam que a experiência clínica proporciona uma visão valiosa para a gestão hospitalar, permitindo decisões mais alinhadas com as necessidades reais dos doentes e das equipas de saúde. A hibridização, segundo as suas perceções, pode ter um impacto positivo nos resultados organizacionais, promovendo uma gestão mais eficaz, focada não apenas em eficiência, mas também na qualidade assistencial. Desta forma, o estudo conclui que o médico gestor desempenha um papel essencial na articulação entre os interesses clínicos e os objetivos organizacionais, destacando a relevância dessa hibridização para o futuro das instituições hospitalares e do sistema de saúde como um todo.

Uma das limitações do presente estudo está no facto de este ter sido realizado com uma amostra de pequena dimensão e escolhida por conveniência, o que não permite a generalização das conclusões para o universo dos hospitais públicos a nível nacional. Fatores emocionais, como descontentamento e desmotivação, pela sobrecarga de trabalho e remuneração, têm um peso significativo nas respostas dos entrevistados e podem ter influenciado a sua avaliação (de forma mais negativa) em alguma das categorias estudadas.

Este estudo desenvolveu-se no sector hospital público, sendo suportado pelas perceções de nove médicos híbridos. Seria interessante analisar o tema do ponto de vista dos médicos híbridos de outros sectores e/ou de outras instituições de saúde, bem como de médicos que, não sendo ainda híbridos, encaram essa possibilidade num futuro próximo.

Outra sugestão passaria pela comparação com hospitais privados. Recomenda-se, ainda, a realização de um estudo quantitativo centrado nesta temática, e como uma amostra representativa, que permita perceber se os resultados obtidos neste estudo são partilhados pela generalidade dos médicos em Portugal.

6. Apêndice

6.1. Apêndice I - Guião de Entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Introdução		
O presente guião faz parte integrante do trabalho de investigação no âmbito do Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde, da Faculdade de Economia da Universidade do Porto, subordinada ao tema “O papel dos médicos nos diferentes níveis de gestão hospitalar” Pretende-se conhecer as perceções/representações dos diretores de serviço e diretores clínicos enquanto gestores públicos. Toda a informação recolhida será tratada como absolutamente confidencial e nenhum dos entrevistados irá ser identificado.		
Objetivo Geral		
Perceber quais as características de um médico híbrido de uma unidade de saúde hospitalar, pretendendo-se identificar o perfil (áreas e níveis de formação, percursos profissionais e experiências) dos médicos que ocupam posições de gestão em unidades de saúde hospitalar e analisar o envolvimento dos médicos na gestão hospitalar, explorando as suas perceções sobre o contributo que esse envolvimento pode ter para os resultados a alcançar.		
Destinatários		
Médicos com funções de gestão.		
Guião da entrevista semiestruturada		
Categoria	Objetivos específicos	Formulário de questões/tipologia de questões
A- Legitimação da entrevista e motivação dos entrevistados	Legitimar a entrevista; Motivar os entrevistados	1. Dar a conhecer o tema e os objetivos do estudo; 2. Solicitar a colaboração do entrevistado; 3. Garantir a confidencialidade das opiniões; 4. Divulgar os resultados do estudo; 5. Obter autorização para gravar a entrevista.
B- Caracterização pessoal, académica e profissional	Recolher dados pessoais, académicos e profissionais	1. Género; 2. Idade; 3. Habilitações; 4. Formações em gestão; 5. Carreira de gestão.
C- Percurso profissional		1. Poderia descrever como define a prática da medicina e como ela molda a sua atuação nos papéis que desempenha? 2. Ao longo da sua carreira até a posição de diretor de serviço/clínico, quais foram os momentos ou

		experiências que considera mais marcantes e decisivos no seu percurso profissional? 3. Alguma vez pensou ser diretor de serviço? Em que circunstâncias aconteceu? O que significou para si? 4. Há quanto tempo exerce esta função? Poderia explanar um pouco da sua trajetória até essa posição, incluindo experiências anteriores como diretor/a ou em cargos de gestão, tanto neste quanto em outros hospitais? 5. Na sua visão, quais são as competências, além da formação médica, essenciais para um profissional liderar com excelência um serviço hospitalar? 6. Ao longo da sua experiência como diretor de serviço/clínico, quais foram os desafios que considera mais relevantes? 7. Com o passar do tempo e a experiência adquirida, o que significa para si ser diretor de serviço/clínico? Que avaliação faz da sua atuação até o momento?
D-Implicações da Nova Gestão Pública no exercício da profissão médica no hospital		1. Poderia falar um pouco sobre a sua visão da relação entre gestão e medicina? Como elas se complementam e se integram para alcançar a excelência na assistência à saúde? 2. Atendendo à sua experiência como gestor, quais são as competências que considera essenciais para liderar e organizar o trabalho dos profissionais de saúde de forma a alcançar os objetivos assistenciais de um serviço? 3. Com base na sua experiência, quais as decisões de gestão que considera mais complexas e desafiadoras? Poderia partilhar um exemplo e explicar as razões por trás dessa dificuldade? 4. Já aconteceu questionou ou reconsiderou decisões importantes tomadas como gestor? Poderia explicar o que o levou a essa reflexão? 5. Alguma vez sentiu a necessidade de procurar formação específica em gestão hospitalar para aprimorar suas competências como gestor? Se sim, qual foi a formação escolheu/escolheria? 6. Como avalia as mudanças recentes nos modelos e mecanismos de gestão dos hospitais públicos?

		Na sua visão quais os impactos positivos e negativos? 7. Poderia avaliar de forma detalhada as consequências da tomada de decisão no seu serviço, especificamente em relação aos objetivos a serem atingidos, à articulação de trabalho dos profissionais e à qualidade assistencial do serviço? 8. Com base na sua experiência, o nível de trabalho burocrático e administrativo no ambiente hospitalar tem aumentado? De que maneira isso influencia a qualidade da assistência prestada?
E- A dualidade médico/gestor		1. Poderia partilhar a sua visão sobre o ethos da profissão médica? O que o define e quais os seus valores fundamentais? 2. Na sua perspetiva, as regras da Gestão hospital pública impactam o ethos da profissão médica? Quais são os aspetos positivos e negativos que identifica? 3. Atendendo à sua experiência, já enfrentou dificuldades em conciliar os objetivos da Gestão hospital pública com os objetivos da sua profissão médica? Poderia descrever algumas situações específicas? 4. Na sua visão, de que forma a gestão pública pode afetar o desempenho dos profissionais de saúde? 5. Como é possível equilibrar os diferentes papéis que os médicos desempenham, a produtividade dos serviços e os resultados globais da organização hospitalar, garantindo que todos os aspetos sejam considerados de forma eficaz?
F- A autonomia profissional		1. Qual é a sua visão sobre a autonomia da profissão médica? Quais os seus principais pilares e como que é ela se traduz no dia-a-dia do exercício da medicina? 2. Na sua experiência como diretor de serviço, quais os principais fatores que influenciam a sua autonomia na tomada de decisões? Como é que esses fatores podem ampliar ou restringir a sua capacidade de atuação? 3. Considera que a alteração imposta à gestão pública influenciou a autonomia da profissão

		médica? Quais os principais fatores de pressão e como que eles se manifestam no seu dia-a-dia? 4. Nas funções de diretor de serviço/clínico, precisa de reportar as suas decisões à administração do hospital? Em que situações isso ocorre? De que maneira esse processo de prestação de contas funciona? 5. Quais são as instâncias de autoridade que reconhece como superiores à sua, no contexto da gestão hospitalar? Quais os critérios que fundamentam esse reconhecimento e a legitimidade de sua atuação? 6. Já alguma vez sentiu a necessidade de implementar mudanças na gestão no serviço que não se enquadram nas regras da administração do hospital? Se sim, como avalia sua autonomia para realizar essas mudanças? 7. No seu ponto de vista, a quantificação de indicadores pode ser uma ferramenta útil para a melhoria da gestão dos serviços hospitalares? Em que situações considera essa prática aceitável e em quais ela torna-se problemática?
Por fim, quer acrescentar mais alguma informação?		

A entrevista chegou ao fim. Obrigado pela sua disponibilidade e colaboração.

7. Referências

- ACSS. (2023). *Administração Central do Sistema de Saúde, Ministério da Saúde. Termos de Referência para contratualização de Cuidados de Saúde no SNS para 2024*. Lisboa.
- Alexander, J. A., Weiner, B. J., Shortell, S. M., & Baker, L. C. (2007). Increasing the relevance of research to health care managers: Hospital CEO imperatives for improving quality and lowering costs. *Health Care Management Review*, 32(2), 150-159.
- Al-Mailam, F. F. (2005). The effect of nursing care on overall patient satisfaction and its predictive value on return-to-provider behavior: A survey study. *Quality Management in Healthcare*, 14(2), 116-120.
- Araújo, J. (2005). A reforma do SNS: o novo contexto de gestão pública. Braga: Universidade do Minho.
- Austin, Z., & Sutton, J. (2015). The Canadian Journal of Hospital Pharmacy. *Qualitative Research: Data Collection, Analysis, and Management*.
- Bernardino, M. (2017). *Gestão em Saúde: Organização Interna dos Serviços*. Coimbra, Portugal: Almedina, ISBN: 978-972-40-7121-3.
- Besharov, M. L., & Smith, W. K. (2014). Multiple institutional logics in organizations: Explaining their varied nature and implications. *Academy of Management Review*, 39, 364–381.
- Boquinhas, J. (2012). Os Médicos e a Gestão Hospitalar. *Revista Portuguesa de Gestão e Saúde*, 8(2), 8-9.
- Braithwaite, J., Westbrook, M. T., Iedema, R., Mallock, N. A., Forsyth, R., & Zhang, K. (2005). A tale of two hospitals: assessing cultural landscapes and compositions. *Social Science and Medicine*, 60(5), 1149-1162.
- Brown, E. C. (2018). Health Reforms and Theories of Cost Control. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 46, 846-856.
- Bryman, A., & Bell, E. (2011). *Business Research Methods*. Oxford: Oxford University Press.
- Buchanan, D. (2013). Pure plays and hybrids: Acute trust management profile and capacity. *Journal of Health Services Research & Policy*, 18(2), 90–97.
- Burgess, N., Strauss, K., Currie, G., & Wood, G. (2015). Organizational ambidexterity and the hybrid middle manager: The case of patient safety in UK hospitals. *Human Resource Management*, 54(1), 87–109.
- Campos, L. (2009). *Governança dos hospitais*. Alfragide: Casa das Letras.

- Carlsen, B., & Norheim, O. (2008). 'O que está por trás de tudo?': um estudo de entrevista sobre as atitudes dos GPs em relação ao uso de diretrizes. *BMC Health Services Research*, 8, 218.
- Christmas, S., & Millward, L. (2011). *New medical professionalism: A scoping study*. London: Health Foundation.
- Comerford, S. E., & Abernethy, M. A. (1999). Margaret. Budgeting and the Management of Role Conflict in Hospitals. *Behavioral Research in Accounting*, 11, 93-110.
- Correia, T. (2012). *Medicina: O Agir Numa Saúde Em Mudança*. Lisboa: 1º edição: Mundos Sociais.
- Correia, T. (2017). “Doctors’ reflexivity in hospital organisations: The nexus between institutional and behavioural dynamics in the sociology of professions.”. *SAGE Journals.Current Sociology*, 65(7).
- Correia, T., & Denis, J.-L. (2016). “Hybrid management, organizational configuration, and medical professionalism: evidence from the establishment of a clinical directorate in Portugal.”. *BMC Health Services Research*, 16 (Suppl 2): 74-83.
- Courpasson, D. (2000). Estratégias gerenciais de dominação. Poder em burocracias brandas. *Estudos Organizacionais*, 21(1), 141–161.
- Croft, C., Currie, G., & Lockett, A. (2015b). The impact of emotionally important social identities on the construction of a managerial leader identity: A challenge for nurses in the English National Health Service. *Organization Studies*, 36(1), 113–131.
- Cunha, M. P., M., R. A., Campos e Cunha, R., & Cabral-Cardoso, C. (2007). *Manual de comportamento organizacional e gestão*. Lisboa: RH Editora.
- Currie, G., Finn, R., & Martin, G. (2010). Role transition and the interaction of relational and social identity: New nursing roles in the English NHS. *Organization Studies*, 31(7), 941–961.
- Dickinson, H., Ham, C., Snelling, I., & Spurgeon, P. (2013). *Are We There Yet? Models of Medical Leadership and their effectiveness: An Exploratory Study*. Southampton: NETSCC, HS & DR.
- Doolin, B. (2001). Médicos como gestores: Nova gestão pública em um hospital da Nova Zelândia. *Revisão de Gestão Pública*, 3(2), 231–254.
- Dopson, S., Locock, L., Gabbay, J., Ferlie, E., & Fitzgerald, L. (2003). Medicina baseada em evidências e a lacuna de implementação. *Health*, 7(3), 311–30.

- Duffield, C., Gardner, G., Doubrovsky, A., & Wise, S. (2019). Manager, clinician or both? Nurse managers' engagement in clinical care activities. *Journal of Nursing Management*, 27, 1538–1545.
- Ferlie, E., Fitzgerald, L., & McGivern, G. (2013). Tornando os Problemas Perversos Governáveis? O caso das redes gerenciadas na área da saúde. *Oxford: Imprensa da Universidade de Oxford*.
- Fincham, R., & Forbes, T. (2015). Three's a crowd: The role of inter-logic relationships in highly complex institutional fields. *British Journal of Management*, 26, 657–670.
- Fitzgerald, L., Ferlie, E., McGivern, G., & Buchanan, D. (2006). Between organisations and institutions. legitimacy and medical managers. *Public Administration*, 78(1), 967-987.
- Flynn, N. (1997). *Public sector management* (3ª ed.). Harlow: Prentice Hall.
- França, V. (2013). Contributo da formação para o elevado desempenho organizacional: Um estudo de caso de uma entidade formadora. *Dissertação de Mestrado em Gestão. Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra*.
- Goldstein, S., & Ward, P. (2004). *Performance. Effects of Physicians' Involvement in Hospital Strategic Decisions*. *Journal of Service Research*: 6, 361-372.
- Greenwood, R., Hinings, B., & Brown, J. (1990). P2-form "strategic management: corporate practices in professional partnerships". *Academy of Management Journal*, 33(4), 725-755.
- Griffiths, L., & Hughes, D. (2000). Falando sobre contratos e cuidando: Gerentes e profissionais no mercado interno do Serviço Nacional de Saúde Britânico. *Ciências Sociais e Medicina*, 51(2), 209–222.
- Ham, C., & Dickinson, R. (2008). *Engaging Doctors in Leadership: What Can We Learn from International Experience and Research Evidence?* Londres: NHS Institute for Innovation and Improvement.
- Harfouche, A. P. (2008). Hospitais transformados em empresas – Análise do impacto na eficiência: Estudo Comparativo. *Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas*, 218p. ISBN 978-989-646-009-9.
- Harlez, Y., & Malagueno, R. (2016). Examining the joint effects of strategic priorities, use of management control systems, and personal background on hospital performance. *Management Accounting Research*, 30, 2-17.
- Harris, J. (1978). The Internal Organization of Hospitals: Some Economic Implications. *Bell Journal of Economics*, 8(2), 467-482.

- Harrison, S. (1994). Controle profissional como processo) além das teorias estruturais. *Relações Humanas*, 47(10), 1201–1231.
- Herk, R. K. (2001). Auditoria médica: Ameaça ou oportunidade para a profissão médica. *Ciências Sociais e Medicina*, 53(12), 1721–1732.
- Howieson, W. B. (2016). The mutuality metaphor: Understanding healthcare provision in NHS Scotland. *Journal of Health Organization and Management*, 30, 666–671.
- Huerta, M., & Lira, L. (2018). Clinical management: quality and safety of interdisciplinary obstetric gynaecological care in a health care institution. *Journal of Global Health and Medicine*, 2(1), 13–21.
- Iedema, R., Degeling, P., Braithwaite, J., & White, L. (2004). ‘It’s an interesting conversation I’m hearing’: The doctor as manager. *Organization Studies*, 25(1), 15–33.
- Iliffe, S., & Manthorpe, J. (2018). Reshaping commonsense: Management, power and the allure of medical leadership in England’s NHS. *Soundings*, 60: *Solidarity in digital times, Summer*.
- Jean-Louis, V., & Creteur, J. (2017). The hospital of tomorrow in 10 points. *Critical Care*, 21, 1664.
- Kaehne, A., Birrell, D., Miller, R., & Petch, A. (2017). Bringing integration home: Policy on health and social care integration in the four nations of the UK. *Journal of Integrated Care*, 25(2), 85–98.
- Khan, N. N. (2013). Evolution of Hospitals and its Management. *Asian Journal of Management Sciences*, 1, 12–21.
- Kirkpatrick, I., Kuhlmann, E., Hartley, K., Dent, M., & Lega, F. (2016). Medicine and management in European hospitals. *BMC Health Services Research*, 2(16), 7–14.
- Kislov, R. (2014). Boundary discontinuity in a constellation of interconnected practices. *Public Administration*, 92(2), 307–323.
- Kuntz, R., & Scholtes, S. (2008). *The role of medical professionals in top management teams of healthcare organisations: an economic model. Working paper 01*. Cambridge: Business School.
- Kurunmaki, L. (2004). Uma profissão híbrida: A aquisição de experiência em contabilidade gerencial por profissionais médicos. *Contabilidade, Organizações e Sociedade*, 29, 3–4, 327–347.
- Kyratsis, Y., Atun, R., Phillips, N., Tracey, P., & George, G. (2017). Health systems in transition: Professional identity work in the context of shifting institutional logics. *Academy of Management Journal*, 60(2), 610–641.

- LBS. (2019). Lei de Bases da Saúde. 4 de setembro de 2019.
- Lemieux-Charles, L., Meslin, E., Aird, C., Baker, R., & Leatt, P. (1993). Questões éticas enfrentadas por médicos / gerentes em decisões de alocação de recursos. *Administração de hospitais e serviços de saúde*, 38(2), 267–285.
- Levay, C., & Waks, C. (2009). Profissões e a busca pela transparência na saúde: Dois casos de autonomia suave. *Organization Studies*, 30(5), 509–527.
- Llewellyn, S. (2001). ‘Two-way windows’: Clinicians as medical managers. *Organization Studies*, 22(4), 593–623.
- Luo, B. N., Sun, T., Lin, C.-H. (., Luo, D., Qin, G., & Pan, J. (2021). The human resource architecture model: A twenty-year review and future research directions. *The International Journal of Human, Resource Management*, 32(2), 241–278.
- Luxford, K., Safran, D. G., & Delbanco, T. (2011). Promoting patient-centered care: a qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(5), 510-515.
- Magrabi, F., Liaw, S., Arachi, D., Runciman, W., Coiera, E., & Kidd, M. (2016). Identifying patient safety problems associated with information technology in general practice: an analysis of incident reports. *BMJ Qual Saf*, 25(11), 870-880.
- Malhotra, A. K. (2009). Hospital Management: An Evaluation. *Global India Publications*.
- Mandai, S., Sato, H., Iimori, S., Naito, S., Mori, T., Takahashi, D., . . . Rai, T. (2018). Dialysis Case Volume Associated With In-Hospital Mortality in Maintenance Dialysis Patients. *Kidney International Reports*, 3(2), 356-363.
- McDonald, R. (2009). Reformas de mercado na atenção médica primária inglesa: Medicina, habitus e o esferapública. *Sociologia da Saúde e da Doença*, 31(5), 659–672.
- McDonald, R., & Harrison, S. (2004). A micropolítica das diretrizes clínicas: um estudo empírico. *Política e Política*, 32(2), 223–239.
- McDonald, R., Waring, J., Harrison, S., Walshe, K., & Boaden, R. (2005). Regras e diretrizes na prática clínica: Um estudo qualitativo em salas de cirurgia das opiniões de médicos e enfermeiros. *Qualidade e Segurança nos Cuidados de Saúde*, 14(4), 290–294.
- McElroy, J., Morrow, C., & Rude, S. (2001). Turnover and organizational performance: A comparative analysis of the effects of voluntary, involuntary, and reduction-in force turnover. *Journal of Applied Psychology*, 86, 1294-1299.

- McGivern, G., Currie, G., Ferlie, E., Fitzgerald, L., & Waring, J. (2015). Hybrid manager–professionals’ identity work: The maintenance and hybridization of medical professionalism in managerial contexts. *Public Administration*, 93, 412–432.
- McKee, L., Marnoch, G., & Dinnie, N. (1998). Medical managers: puppetmasters or puppets? Sources of power and influence in clinical directorates. In Mark, A.; Dopson, S. (Eds). *Organisational Behaviour in Health Care: The Research Agenda*, 89-116.
- Melo, J. Q. (2015). Sustentabilidade em Saúde – Um Novo Paradigma de Cuidados. Que Caminhos para o Futuro? *Gestão Hospitalar*, 5, 30-33. ISSN: 0871-0767.
- Mo, T. (2008). Médicos como gestores: avançando em direção à gestão geral? *Jornal de Organização e Gestão da Saúde*, 22(4), 400–15.
- Molinari, C., Alexander, J., & Morlock, L. (1995). Does the Hospital Board Need a Doctor? The Influence of Physician Board Participation on Hospital Financial Performance. *Medical Care*, 33(2), 170-185.
- Mueller, F., Harvey, C., & Howorth, C. (2003). A contestação de arquétipos: Negociando scripts em um conselho do UK Hospital Trust. *Journal of Management Studies*, 40(8), 1971–1995.
- Muller, M., Rauski, E., Eyeng, I., & Moreira, J. (2005). Comprometimento organizacional: um estudo de caso no supermercado “Beta”. *Revista de Gestão Industrial*, 1(1), 511-518.
- Noordegraaf, M. (2015). Hybrid professionalism and beyond: (New) Forms of public professionalism in changing organizational and societal contexts. *Journal of Professions and Organizations*, 2(2), 187–206.
- Numerato, D., Salvatore, D., & Fattore, G. (2011). Review article: The impact of management on medical professionalism: a review. *Sociology of Health & Illness*.
- Nunes, A. (2016). *Reformas na gestão hospitalar: análise dos efeitos da empresarialização*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Nunes, A., & Matos, A. (2019). Hospital management in Portugal: the importance of medical participation. *Rev. FAE, Curitiba*, 22(1), 83–96.
- OECD. (2010). *Organization for Economic Cooperation and Development. Health Policy Studies. Improving value in health care: measuring quality*. Paris: OECD.
- Pauly, M., & Redisch, M. (1973). The Not-for-Profit Hospital as Physician’s Cooperative. *The American Economic Review*, 63(1), 87-100.

- Pearson, C., & Watson, N. (2018). Implementing health and social care integration in Scotland: Renegotiating new partnerships in changing cultures of care. *Health and Social Care*, 26, 396–403.
- Pollitt, C. (1993). *Gerencialismo e Serviços Públicos: Cortes ou Mudança Cultural na década de 1990*. Cambridge: MA: Blackwell.
- Portugal. (2005). *Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro*.
- Pratt, M. G., Rockman, K. W., & Kaufmann, J. B. (2006). Constructing professional identity: The work of role and identity learning cycles in the customization of identity among medical residents. *Academy of Management Journal*, 49, 235–262.
- Proot, C., & Yorke, M. (2013). Life to be lived: Challenges and choices for patients and carers in life-threatening illnesses. *OUP Oxford*.
- Reay, T., Goodrick, E., Waldorff, S. B., & Casebeer, A. (2017). Getting leopards to change their spots: Co-creating a new professional role identity. *Academy of Management Journal*, 60(3), 1043–1070.
- Rotar, A., Botje, D., Klazinga, N., Lombarts, K., Groene, O., Sunol, R., & Plochg, T. (2016). "The involvement of medical doctors in hospital governance and implications for quality management: a quick scan in 19 and an in depth study in 7 OECD countries.". *BMC Health Services Research*, 100-109.
- Rozenblum, R., Lisby, M., Hockey, P., Levtzion-Korach, O., Salzberg, C., Efrati, N., . . . Bates, D. (2013). The patient satisfaction chasm: the gap between hospital management and frontline clinicians. *BMJ Quality & Safety*, 22(3), 242-250.
- Saltman, R., Durám, A., & Dubois, H. (2011). Governing Public Hospitals. Reform strategies and the movement towards institutional autonomy. *World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies*.
- Sarto, F., & V., G. (2016). "Clinical leadership and hospital performance: assessing the evidence base.". *BMC Health Services Research*, 85-95.
- Schneider, E. C. (2014). Hospital quality management: a shape-shifting cornerstone in the foundation for high-quality health care. *Int J Qual Health Care*, 26(Suppl. 1), 1.
- Sheaff, R., Marshall, M., Rogers, A., Roland, M., Sibbald, B., & Pickard, S. (2004). Governamentalidade por rede nos cuidados de saúde primários ingleses. *Social Policy and Administration*, 38(1), 89–103.

- Shortell, S. M., & LoGerfo, J. P. (1981). Hospital medical staff organization and quality of care: results for myocardial infarction and appendectomy. *Medical Care*, 19(10), 1041-1055.
- Shortell, S., Rundall, T., & Blodgett, J. (2021). Assessing the relationship of the human resource, finance, and information technology functions on reported performance in hospitals using the Lean management system. *Review, Health Care Management*, 46(2), 145-152.
- Simões, J., Augusto, G. F., Fronteira, I., & Hernández-Quevedo, C. (2017). Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*, 19(2), 1–184.
- Stadhouders, N., Kruse, F., Tanke, M., Koolman, X., & Jeurissen, P. (2019). *Effective Healthcare Cost-containment Policies: A Systematic Review. Health Policy*, 123, 71-79. Obtido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018306341>
- Sveningsson, S., & Alvesson, M. (2003). Managing managerial identities: Organizational fragmentation, discourse and identity struggle. *Human Relations*, 56, 1163–1169.
- Teixeira, S. (2013). *Gestão das Organizações*. Lisboa: Escolar Editora.
- Teixeira, S. (2013). *Gestão das Organizações*. Lisboa: Escolar Editora.
- Thorne, M. (2002). Colonizando o novo mundo da gestão do NHS: O poder mutável dos profissionais. *Pesquisa em Gestão de Serviços de Saúde*, 15(1), 14–26.
- Timmermans, S., & Berg, M. (2003). *O Padrão Ouro: O Desafio da Baseada em Evidências Medicamento*. Filadélfia, PA: Temple University Press.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*.
- Vaz, A. (2009). *Os serviços não clínicos no apoio à Governança*. Alfragide: Casa das Letras.
- Von Knorring, M., Alexanderson, K., & Eliasson, M. A. (2016). Healthcare managers' construction of the manager role in relation to the medical profession. *Journal of Health Organization and Management*, 30, 421–440.
- Waring, J. (2007). Regulamentação adaptativa ou governamentalidade: segurança do paciente e a mudança regulação da medicina. *Sociologia da Saúde e da Doença*, 29(2), 163–179.
- Waring, J., & Currie, G. (2009). Gerenciando conhecimento especializado: Desafios organizacionais e futuros gerenciais para a profissão médica do Reino Unido. *Organization Studies*, 30(7), 755–778.

- Watson, T. (2008). Managing identity: Identity work, personal predicaments and structural circumstances. *Organization*, 15(1), 121–143.
- Weiner, B. J., Shortell, S. M., & Alexander, J. A. (1997). Promoting Clinical Involvement in Hospital Quality Improvement Efforts: The Effects of Top Management, Board, and Physician Leadership. *Health Service Research*, 32(4), 491-510.
- Weisz, G. C. (2007). O surgimento de diretrizes de prática clínica. *The Milbank Quarterly*, 85(4), 691–727.
- Wolff, N., & Schlesinger, M. (2002). Clínicos como defensores: Um estudo exploratório das respostas aos cuidados gerenciados por profissionais de saúde mental. *The Journal of Behavioral Health Services and Research*, 29(3), 274–287.